

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ILANA GORETTI CAVICHIOLO

PSICOLOGIA HOSPITALAR: UMA ANÁLISE INSTITUCIONAL DO DISCURSO.



CURITIBA

2017

ILANA GORETTI CAVICHIOLO

PSICOLOGIA HOSPITALAR: UMA ANÁLISE INSTITUCIONAL DO DISCURSO.

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Albanese.

CURITIBA

2017

Catálogo na publicação
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Cavichiolo, Ilana Goretti.

Psicologia hospitalar: uma análise institucional do discurso. – Curitiba, 2017.
96 f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Albanese

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Educação da Universidade
Federal do Paraná.

1. Análise do discurso. 2. Psicologia hospitalar. 3. Saúde – Aspectos
psicológicos. 4. Subjetividade. I. Título.

CDD 158



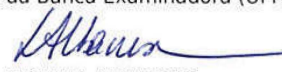
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS HUMANAS
Programa de Pós Graduação em PSICOLOGIA
Código CAPES: 40001016067P0


TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **ILANA GORETTI CAVICHIOLO**, intitulada: "**PSICOLOGIA HOSPITALAR: UMA ANÁLISE INSTITUCIONAL DO DISCURSO**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO.

Curitiba, 30 de Março de 2017.


NADJA NARA BARBOSA PINHEIRO
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


LUCIANA ALBANESE
Orientador - Avaliador Interno (UFPR)


RENEE VOLPATO VIARO
Avaliador Externo (PUC/PR)

AGRADECIMENTOS.

À Luciana, pelo cuidado e disponibilidade, pelos elogios generosos, mas também pelos “puxões de orelha” construtivos, pelo bom humor e por tudo que faz dela uma orientadora primorosa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPR. Aos mestres, pelas fomentadoras aulas, e à Secretaria, na pessoa da Mariângela, pela disponibilidade em ajudar.

Aos colegas que dividiram comigo esse mestrado, especialmente os da linha de pesquisa, pelas discussões, momentos de descontração e principalmente pelas trocas que me mostravam que eu não estava sozinha.

Ao Lucas, que começou essa jornada como meu namorado e terminou como meu marido, pelo apoio e companheirismo.

À minha família e meus amigos, pelo suporte, apoio e paciência ao longo desse processo.

À minha psicóloga, Beatriz, que me ajudou a me reencontrar nesse/com esse trabalho sempre que nele/dele eu me perdia e a não perder o sentido pessoal de sua concretização.

Agradeço à CAPES pelo apoio financeiro.

Resumo

A psicologia hospitalar (PH) é uma área vasta e variada, com diferentes configurações quanto ao foco da atuação. O objetivo dessa pesquisa foi analisar como a PH se institui e legitima nos discursos dos profissionais da área. Para isso foram entrevistadas 6 psicólogas de diferentes localidades e tempo de inserção. As transcrições das entrevistas foram analisadas pelo viés da análise institucional do discurso, estratégia de pensamento desenvolvida por Marlene Guirado. Tendo em vista a relação constitutiva entre sujeito e instituição que se produz pela via discursiva, pôde-se delinear como a psicologia hospitalar se configura nos discursos dessas profissionais que atuam na área. Foi possível perceber, contrastando com as definições taxativas da literatura, conceitos ambíguos sobre a área, posicionando a psicologia hospitalar concomitantemente como especialidade, vertente da psicologia clínica e contexto da psicologia da saúde. Os pacientes e familiares são posicionados, nos discursos, como clientela, em quem a PH produz seu objeto: as questões emocionais a serem reintegradas nas práticas discursivas assépticas, objetivas e orgânicas do hospital. A equipe é legitimada como público, para quem o trabalho tem de ficar visível, a fim de alcançar os objetivos e estabelecer o lugar da PH nas instituições e no mercado. Ao que parece, trata-se quase de um não-lugar, pois é desconhecido e ambíguo, tem de ser construído no imaginário da equipe e das próprias psicólogas. Por fim, falam de lacunas na formação que não as instrumentalizaram a trabalhar com as equipes e suas relações e, paralelamente, foi possível observar nas entrevistas uma exterioridade entre a instituição hospitalar e a subjetividade dos pacientes. Lacunas que poderiam ser preenchidas com um raciocínio institucional que instrumentalizasse a pensar as relações.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar, Psicologia da Saúde, Análise Institucional do Discurso, Subjetividade.

Abstract

Hospital psychology (PH) is a vast and varied area, with different settings regarding the focus of the action. The objective of this research was to analyze how PH is instituted and legitimized in the discourses of the professionals of the area. For that, 6 psychologists from different locations and time of insertion were interviewed. The transcripts of the interviews were analyzed by the bias of the institutional analysis of the discourse, thought strategy developed by Marlene Guirado. Considering the constitutive relationship between subject and institution that is produced by the discursive route, it was possible to delineate how hospital psychology is configured in the discourses of these professionals who work in the area. It was possible to perceive, contrasting with the definitive definitions of the literature, ambiguous concepts about the area, positioning hospital psychology concomitantly as a specialty, clinical psychology and the context of health psychology. Patients and families are positioned in the speeches as clients, in whom the PH produces its object: the emotional issues to be reintegrated into the hospital's aseptic, objective and organic discursive practices. The team is legitimized as a public, for whom the work has to be visible, in order to achieve the objectives and establish the place of the PH in the institutions and in the market. Apparently, it is almost a non-place, because it is unknown and ambiguous, it has to be built in the imaginary of the team and of the psychologists themselves. Finally, they mention gaps in training that did not use them to work with the teams and their relationships, and, at the same time, it was possible to observe in the interviews an externality between the hospital institution and the subjectivity of the patients. Gaps that could be filled with an institutional reasoning that instrumentalized the thinking of relationships.

Keywords: Hospital Psychology, Health Psychology, Institutional Discourse Analysis, Subjectivity.

LISTA DE TABELAS.

TABELA 1 - Caracterização das entrevistadas.....	40
--	----

LISTA DE SIGLAS.

AID - Análise Institucional do Discurso.

PH - Psicologia Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO.

1. Introdução.....	7
2. Capítulo I - O Exercício da Psicologia em Instituições Hospitalares.....	13
2.1 Instituições hospitalares.....	13
2.2 A psicologia.....	16
2.3 A psicologia no hospital.....	18
2.3.1. Psicanálise e modelo clínico no hospital.....	21
2.3.2. Psicologia da saúde e contexto hospitalar.....	25
2.3.3. Psicologia hospitalar como especialidade.....	27
2.4 Análise institucional do discurso e instituição hospitalar.....	28
3. Capítulo II - Referencial Teórico-Metodológico.....	30
3.1. Análise institucional do discurso.....	30
3.1.1. Discurso.....	31
3.1.2. Instituição.....	32
3.1.3. Sujeito.....	34
3.1.4. Análise.....	35
3.2 Procedimentos.....	36
4. Capítulo III -Análise das Entrevistas.....	39
4.1. Construção de conceitos da psicologia hospitalar.....	42
4.2. Relação da psicologia hospitalar com outras áreas da psicologia.....	51
4.3. Clientela e objetivo institucional da psicologia hospitalar.....	56
4.4. Relação da psicologia hospitalar com outras profissões.....	62
4.5 Lugar imaginado e atribuído à psicologia no hospital.....	69
5. Capítulo IV - Discussão.....	78
6. Considerações Finais.....	85
7. Referências Bibliográficas.....	87
8. Anexos.....	93
8.1. Anexo A – Roteiro de Entrevista.....	93
8.2 Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	94

1. Introdução.

A denominação “psicologia hospitalar” (PH) é inexistente em outros países (Sebastiane, 2003; Yanamoto, Trindade & Oliveira, 2002). É importante contextualizar que as políticas de saúde no Brasil por muito tempo foram centradas no hospital, em um modelo que priorizava as ações de saúde via atenção secundária (modelo clínico/assistencialista), e deixou em segundo plano as ações ligadas à saúde coletiva (modelo sanitarista). O hospital passou a ser o símbolo máximo de atendimento em saúde. De acordo com Sebastiani (2003), muito provavelmente, essa é a razão pela qual, no Brasil, o trabalho da Psicologia no campo da atenção terciária da saúde é denominado Psicologia Hospitalar e não Psicologia da Saúde.

Gorayeb (2012) aponta que parte da origem dessa terminologia se deu também pelo fato de que uma grande parcela dos psicólogos brasileiros que começaram a trabalhar em outros estabelecimentos de saúde que não o consultório o fez em ambientes hospitalares. O autor acredita que, provavelmente, há mais psicólogos trabalhando em hospitais do que nos outros níveis de atenção à saúde.

A Psicologia da Saúde atua nos 3 níveis essenciais de intervenção preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2010). São eles: a atenção primária, que se dá nos postos de saúde com o intuito de tratar alterações do estado de saúde mais simples; a atenção secundária, que se dá já em um nível de especialidade, em geral em situação ambulatorial; e a atenção terciária, que é prestada em hospitais (Ministério da Saúde, 2010). O nível de atenção terciária em Psicologia se convencionou no Brasil chamar de Psicologia Hospitalar. Poder-se-ia, hoje, com a sofisticação dos níveis de atenção que se presta à saúde, falar até em uma atenção quaternária, em centros ultrassofisticados e especializados em

tratamentos de problemas específicos ou em ambientes como uma Unidade de Terapia Intensiva (Gorayeb, 2010).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2014) define, na resolução 013/2007, que o psicólogo especialista em PH “atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção a saúde” (p. 21). Já o Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-08) coloca, no Manual de Psicologia Hospitalar (Lazaretti et al, 2007), que entende o referido campo de atuação como um desdobramento da psicologia clínica na instituição hospitalar.

Na literatura e, principalmente, na prática, é possível perceber que a PH é uma área vasta e controversa. Muitos e diferentes discursos são produzidos sob esse título. Essa diversidade não é somente de ordem semântica, mas também de ordem estrutural, ou seja, estão em jogo diferentes marcos teóricos ou concepções de base acerca do fazer psicológico e de sua inserção (Castro e Bornholdt, 2004).

O questionamento que motivou essa pesquisa surgiu da experiência da pesquisadora em dois diferentes serviços de psicologia em hospitais. Trata-se de um estágio em um hospital de referência em Curitiba-PR, em um serviço de psicologia relativamente homogêneo em seus discursos, e uma residência em São Paulo-SP, onde, em contraste, possivelmente por ser um centro agregador de profissionais de vários lugares do país, diferentes concepções acerca do trabalho da psicologia no hospital tencionavam um “cabo de guerra”, impondo periódicas mudanças de visão e de modos de trabalhar.

Ainda que estejamos falando de uma carreira em seu início e de passagens relativamente breves, foi possível perceber que essas diferenças acabam por constituir e legitimar práticas diferentes, embora venham de profissionais que

supostamente fazem a mesma coisa. Além disso, como se pode constatar atuando nessa área, tal diversidade de concepções não raro resulta em divergências.

Essas divergências entre e intra serviços levaram a autora a procurar se aprofundar no tema e perceber que, mais do que uma inquietação individual, essa problematização vai ao encontro de questões pertinentes à área. Na prática, ora eu era instruída a selecionar os pacientes a serem atendidos de acordo com seu diagnóstico médico e priorizar os pedidos da equipe, ora a avaliar que casos pegar por critérios emocionais; ora deveria manter o atendimento mesmo com as mudanças e transferências de unidade dos pacientes, ora passar o caso para um psicólogo mais integrado à sua atual equipe assistencial. Algumas pessoas dentro do mesmo serviço defendiam a prevalência da estratégia do profissional alocado na unidade e fixo em uma equipe, outras, a do psicólogo consultor e integrante da equipe de saúde mental.

De maneira semelhante, na literatura, por vezes a PH é entendida como uma especialidade (Avellar, 2011; Schimit et al, 2011; Lima et al, 2013), por vezes como uma campo de atuação da psicologia da saúde (Torezan et al, 2013; Carvalho, 2013; Sette & Gradvolh, 2014; Almeida & Malagris, 2015) e algumas vezes até mesmo como desdobramento da psicanálise e psicossomática (Simonetti, 2004, Barbosa, Duarte & Santos, 2012). Alguns autores entendem o trabalho como psicoterapia adaptada ao contexto hospitalar, enfatizando o atendimento individual (Sette & Gradvolh, 2014; Azevedo, Santos & Santos, 2011), outros criticam esse modelo e propõem novas formas (Carvalho, 2013; Avellar, 2011).

Para Albuquerque (1986), de forma mais abrangente do que um simples estabelecimento ou uma organização, instituição é resultado de práticas que se repetem e se legitimam a medida que se repetem. Esquemáticamente, os elementos que estruturam a instituição, segundo esse autor, seriam: o objeto institucional (aquilo

sobre o que a instituição reivindica como monopólio), o âmbito institucional (relações e práticas sociais concretas que sustentam o objeto institucional), os atores institucionais internos (aqueles que diretamente “fazem” a instituição, que portam suas práticas concretas), a clientela (o “público-alvo”, aqueles afetados efetivamente pela ação institucional) e o público (para quem a ação institucional é visível).

Isto considerado, entendemos que diferentes concepções de PH implicam em diferentes objetos, mobilizam diferentes atores e se destinam a diferentes clientelas e públicos. Assim, nesta pesquisa, nos perguntamos: *como a psicologia hospitalar se configura nos discursos de profissionais que atuam na área?*

Tal pergunta (e a pesquisa como um todo) foi elaborada dentro do referencial teórico-metodológico da Análise Institucional do Discurso (AID). Trata-se de uma estratégia de pensamento proposta por Marlene Guirado (2000, 2010, Guirado & Lerner, 2007) concebida a partir de um minucioso exame de conceitos e articulação entre interfaces possíveis da psicanálise de Freud, o pensamento de Michel Foucault, a análise do discurso de Dominique Maingueneau e a sociologia das instituições concretas do já citado José Augusto Guilhaon de Albuquerque.

Nesta perspectiva, a instituição se define como práticas que se repetem e, na ordem das representações, ganham naturalidade e legitimidade enquanto se repetem, em um efeito de reconhecimento de que assim deve ser e de um desconhecimento de sua relatividade entre outras formas possíveis de fazer ou ser (Albuquerque, 1978)

Essa compreensão nos coloca como atores em cena: é a nossa ação que faz a instituição. Na AID não há, portanto, como conceber uma exterioridade entre sujeito

e instituição. Trata-se de uma relação duplamente constitutiva que se produz pela via do discurso (Guirado, 2000)¹.

A hipótese desta pesquisa, portanto, passa pela pluralidade de discursos da PH e pela concepção de que tais discursos a instituem, contribuindo para uma desnaturalização de uma ideia única de PH e identificação de diferentes PHs que se produzem no dizer, assim como diferentes psicologias. Para isso, recorreremos aos próprios psicólogos hospitalares, entrevistando profissionais de diferentes hospitais, em diferentes localidades e com diferentes tempos de atuação, a fim de contemplar uma diversidade possível de discursos.

Acreditamos que, tendo por base a análise destes discursos, essa pesquisa poderá configurar algumas concepções da PH que sustentam a atuação dos profissionais entrevistados e nelas (em tais concepções) identificar, talvez, algumas diferenças, contribuindo para um melhor entendimento da área e fornecendo reflexões para os que desejam se aventurar pela mesma.

Para isso, nosso objetivo foi realizar uma análise de que maneiras a psicologia hospitalar se institui e legitima no discurso de psicólogos da área (sempre entendendo que ela não é única e sem pretensão de generalização). Mais detalhadamente, nesse material discursivo pretendemos analisar: as práticas e relações estabelecidas (naturalizações, rupturas, subversões) no discurso; os lugares atribuídos (assumidos ou não) aos/pelos agentes institucionais e à clientela; o(s) objeto(s) institucional circunscritos nos discursos e as relações entre os profissionais de psicologia e os demais atores institucionais (outros profissionais, pacientes, etc.).

¹ Os conceitos relativos à AID, aqui introduzidos, serão devidamente tratados no capítulo do referencial teórico metodológico.

Se pretendemos pensar nos discursos que constroem a PH, precisamos considerar que a PH (independente de ser conceituada como um desdobramento da psicologia da saúde, da clínica ou como uma área por si só) invariavelmente se dá na interlocução de duas instituições: a psicologia e o hospital, sobre as quais nos debruçaremos no primeiro capítulo. No capítulo seguinte, apresentaremos o referencial teórico-metodológico utilizado, tanto em termos de estratégia de pensamento, quanto de procedimentos. No terceiro capítulo, traremos as análises das entrevistas. Por fim, unimos as pontas no capítulo de discussão e arrematamos no de considerações finais.

2. Capítulo I - O Exercício da Psicologia em Instituições Hospitalares.

2.1 Instituições hospitalares.

Os hospitais são reconhecidos como instituições de cuidados médicos, cujo objeto de monopólio pode ser pensado como a cura ou recuperação da saúde física e a clientela consiste em pessoas (nomeadas como pacientes) que sofrem de alguma doença ou enfermidade. Entretanto, nem sempre foi assim e esse modo de funcionar tem uma história e uma razão de ser.

Foucault (1974) nos conta, em seu texto *O Nascimento do Hospital*, que até o final do século XVIII os hospitais eram essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, bem como de exclusão e salvação espiritual dos moribundos. Não havia fins lucrativos, os doentes se internavam para morrer, as pessoas que prestavam cuidados eram movidas pela caridade e visavam a salvação espiritual dos moribundos e delas próprias. O principal objetivo não era terapêutico, e sim, a vida espiritual do sujeito. A hospitalidade era tão ou mais importantes que as práticas terapêuticas, tanto que é daí que vem o nome, da raiz latina *hospitalis* (Ministério da Saúde, 1965). Tratavam-se de ambientes insalubres e que acabavam por propagar doenças em seus internos e seu entorno.

O autor nos aponta dois fatores como responsáveis pela mudança deste modelo para o que está em vigor até hoje: (1) a reorganização do hospital a partir da disciplina e (2) a transformação do saber e da prática médica. O ponto de partida da reforma hospitalar foram os hospitais militares e marítimos, cujos espaços e mobilidade dos internos deveriam ser controlados para que se evitasse o contrabando e outras práticas ilegais.

(1) Em *Vigiar e Punir* (1987), Foucault define a disciplina como sendo o “conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade” (p. 107). No caso dos hospitais, de maneira análoga ao exército, operou-se uma distribuição espacial e uma vigilância constante dos indivíduos. Durante a internação o paciente é submetido a uma “perpétua pirâmide de olhares” (Yazbek, 2015). Esta vigilância implica em um registro contínuo, de sorte que todas as informações acerca do indivíduo, seus gestos e atividades passem por toda a pirâmide disciplinar.

(2) Considerando que até meados do século XVII os agentes institucionais dos hospitais eram os missionários das ordens religiosas, o médico quase não aparecia no hospital e sua atuação se dava principalmente na consulta privada (Foucault, 1974). No momento em que o hospital é concebido como instituição de cura, o papel de responsável pelos pacientes passa para as mãos do médico, que adentra a instituição hospitalar (Yazbek, 2015) inclusive, e principalmente, em sua administração. Nessa passagem da consulta privada para a hospitalar, evidencia-se também a mudança da medicina de crise para uma medicina que considerava a doença como um fenômeno natural, como nos conta Casetto (2007). A crise evidenciava a luta da natureza sadia do doente contra um mal que a atacava (a doença), e sua terapêutica era realizada por meio da relação individualizada estabelecida com o paciente.

Ao ser vista como um fenômeno natural, e não algo que ataca a natureza, a doença passou a ser categorizada tal qual os modelos biológicos da botânica de Lineu. Passou a ser conhecida e previsível, ter a mesma etiologia e desenvolvimento em diferentes indivíduos. Os tratamentos não são mais na relação individual, mas interferindo no ambiente, pois a gênese da enfermidade está na água, no ar, na

alimentação. A maneira de controlar esse meio ambiente era a internação, o que levou os pacientes e os médicos para dentro do hospital.

Neste breve resgate histórico, podemos ver como se institui o hospital tal qual conhecemos hoje: uma instituição médica, terapêutica e curativa de enfermidades biológicas, de naturalização das doenças, de disciplina dos corpos e de desindividualização das relações.

Olhando especificamente para o Brasil, sabemos que o primeiro modelo assistencial (modo de organização e distribuição de ações e serviços de saúde) implantou uma visão militarista de combate às doenças, com concentração de decisões e um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social. Trata-se do modelo Campanhista, que visava erradicar ou controlar as doenças que poderiam afetar a produção (Merhy, 2000).

Soma-se a isso, na década de 20, o modelo Assistencial Privatista, que visava cuidar dos corpos dos trabalhadores urbanos e industriais, mantendo sua capacidade produtiva. O foco era o atendimento de doentes por demanda espontânea (aqueles que procuravam a rede) e a organização era hospitalocêntrica e contraprestacional (Merhy, 2000).

As ações preventivas começaram a ser pensadas na década de 70. O hospital passou a ser conceituado como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob os regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados (Brasil, 1977).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi proposto em 1979 no I Simpósio Nacional de Política em Saúde e passou a vigorar em 1990 após a promulgação da lei 8080/90.

Desde então ficou definido que as ações de saúde são universais (para todos, não só para quem contribui com a previdência) e tem a atenção básica como porta de entrada, devendo os serviços de maior complexidade, como o hospital, ao término do tratamento que lhe cabe, re-encaminhar o paciente para sua equipe de referência. O SUS prevê também, em suas diretrizes, a integralidade dos serviços.

A instituição hospitalar no Brasil, em sua história recente, passou a integrar uma rede de promoção de saúde. Há um esforço em reverter antigos modelos (que predominaram por muito tempo e deixaram marcas no imaginário social) centralizados na cura de doenças e que tinham o hospital como principal dispositivo.

É nesse hospital que a psicologia adentra. Mas que psicologia?

2.2 A psicologia.

A psicologia é uma ciência com um longo passado e uma curta história (Melo, 2015). A história da psicologia cruza com os caminhos de uma busca ancestral de conhecimento de si e confunde-se com a própria história do saber ocidental (Ferreira, 2005), ou seja, o campo “psi” existe há milênios na filosofia. Passou a ser considerada uma ciência autônoma quando passou a ter método, o que fez buscando a objetividade dos consagrados métodos das ciências naturais (Ferreira, 2005; Schultz e Schultz, 2007). O emprego de técnicas foi o que diferenciou a área filosófica de um campo próprio de estudos (Schultz e Schultz, 2007). Talvez possamos dizer que, tal qual as instituições hospitalares, a psicologia passou por uma transformação de seu saber e disciplina para se legitimar e instituir.

No Brasil, a psicologia desenvolveu-se nas primeiras escolas e faculdades criadas no país a partir de 1833 (11 anos após nossa independência política de Portugal, em 1922) como disciplina em diferentes áreas do saber: filosofia, direito, pedagogia, teologia e, destacamos, medicina (Melo, 2015).

Dando um salto no tempo, temos a criação da Associação Brasileira de Psicólogos e um projeto de Lei sobre o ensino obrigatório de Psicologia nos cursos de Medicina em 1954. A formação e a profissão de psicólogos foram regulamentadas quase dez anos depois, em 27 de agosto de 1962.

O processo histórico da regulamentação foi permeado por várias discussões, haviam muitas ideias e propostas divergentes e não se chegava a um consenso (Cairo, 2013). Na época que a regulamentação foi sancionada, um grupo de médicos se mostrava desfavorável à psicologia como profissão independente, declarando que a psicoterapia não deveria ser exercida por profissionais sem formação em medicina (Cairo, 2013). A mesma resistência da área médica voltou a chamar a atenção recentemente, quase meio século depois, com o anteprojeto conhecido como “Ato Médico”, pleiteando que os profissionais de saúde ficassem subordinados à classe médica.

Inicialmente existiam 3 grandes áreas na Psicologia (educação, trabalho e clínica) e outros espaços de atuação vão surgindo. Se focarmos só na expansão da área hospitalar, podemos ver diversos fatores que explicam o crescimento da contratação de psicólogos, como: o aumento de psicólogos no mercado de trabalho devido ao *boom* de faculdades particulares; a expansão das pesquisas na área hospitalar e a admissão, cada vez mais frequente no hospital geral, de casos que reconhecidamente necessitam de auxílio psicológico, como drogadicção, alcoolismo e tentativa de autoextermínio (Pereira, 2002; Chiattonne, 2000).

Definições de Psicologia têm variado no tempo e de acordo com as características de seus autores. Por isso, a psicologia já foi descrita como um espaço de dispersão e divergência (Figueiredo, 1992). Não sabemos se é possível, ou mesmo desejável, uma tradução das várias teorias correntes, por ora, sempre que vamos caracterizá-la devemos assumir um ponto de vista.

A partir do recorte de AID, a psicologia é uma instituição que tem por objeto as relações, estas, discursivas. Não são, portanto, relações imediatamente observáveis, e sim, tal como percebidas, imaginadas, por aqueles que concretamente as fazem e atuadas no dizer (Guirado, 2009).

A diversidade da psicologia, com suas dificuldade de definição e delimitação e suas interfaces com outros saberes aparecem também em nossa atuação no hospital.

2.3 A psicologia no hospital.

Segundo Guirado (2009), o primeiro fator a se considerar quando um psicólogo integra uma instituição que não é o consultório é o lugar que ocupa na ordem daquela prática, de onde é visto e reconhecido pelos demais agentes institucionais e pela clientela, bem como se reconhecerá e reconhecerá os outros grupos.

Com base na maneira que o hospital se constitui, vemos se configurar, basicamente, dois lugares para a psicologia: o de adequação dos pacientes ao tratamento e o de terapeuta de questões afetivas excluídas do tratamento físico, mas que o influenciam.

Explicando melhor, a disciplinarização dos hospitais cria o lugar institucional do *paciente*. O paciente adequado se submete à disciplina do hospital, segue suas normas e rotinas, é receptivo e colaborador com o tratamento, não questiona, não

fica deprimido ou emocionado, não cria vínculos particularizados, estando disponível para ser atendido por qualquer médico ou enfermeiro de plantão (Casetto, 2007).

A esse “paciente ideal” corresponde um “tratamento ideal”, que compreende um diagnóstico, tratamento e cura puramente físicos, ou seja, claramente distintos dos fatores sociais e psicológicos (Casetto, 2007). Quando esses fatores se fazem notar, precisam ser rapidamente excluídos para o bom andamento do tratamento. Para isso, bem como para adequar o paciente a seu lugar institucional ideal, a equipe “chama a psicologia”.

No Manual de Psicologia Hospitalar do CRP-08 (Lazaretti et al, 2007), sabemos que o ingresso da psicologia no hospital geral se deu em 1954 com a psicóloga Matilde Neder, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para o atendimento e preparo psicológico das crianças submetidas à cirurgia, bem como para o atendimento de seus familiares.

Para o psicanalista Simonetti, PH é campo de “entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento” (2004, p. 15). Enquanto a Medicina tem como função a cura de doenças, a PH busca compreender a relação que o doente tem com seu sintoma, para poder reposicionar o sujeito face à sua doença (Simonetti, 2004).

Como já vimos, a figura do médico detém um protagonismo no ambiente hospitalar, já que é ele quem decide sobre técnicas, medicações, cura, internações e alta (Angerami-Camon, 2003). Nesse contexto, os demais profissionais da saúde se adequam aos procedimentos médicos para, posteriormente, integrar sua prática ao atendimento hospitalar (Fossi & Guareschi, 2004).

A atuação do psicólogo hospitalar está determinada por limites como regras, rotinas, condutas específicas, dinâmicas que devem ser respeitadas e seguidas e que

extrapolam a relação paciente/terapeuta (Sebastiani, 2007). Além disso, o local de trabalho difere do consultório tradicional, visto que, no hospital, o psicólogo atende entre macas, nos leitos das enfermarias e muitas vezes em meio a outros procedimentos e rotinas hospitalares (Sebastiani, 2007). Isso carrega os desafios da multiprofissionalidade, obrigando o profissional a transpor os limites do consultório e trabalhar com (ou ao menos em contato) com os outros profissionais com os quais convive.

O tempo é um elemento importante a ser considerado no contexto hospitalar. Por esse motivo, alguns autores afirmam que o psicólogo necessita utilizar-se de psicoterapia breve e/ou de emergência, de acordo com as necessidades emergenciais da situação de doença e hospitalização (Sebastiani, 2007; Torezan et. al., 2003).

Outro fator importante refere-se à situação da opção ao tratamento psicológico no hospital. Diferentemente do tratamento clínico tradicional, não é o paciente quem procura atendimento, mas este é oferecido pelo próprio psicólogo (Sebastiani, 2007). Para Moretto (2001), tal fato não constitui necessariamente um problema, pois oferecer apoio psicológico ao paciente não significa a inexistência de demanda para tal.

De forma resumida e singela, é isso que compõe o cenário da psicologia hospitalar: uma área da psicologia com um setting, uma procura e um tempo diferente, que trabalha a relação dos sujeitos com o adoecimento e internação, limitada por decisões médicas e rotinas hospitalares.

Esse trabalho é percebido de diferentes formas e, com isso, tem diferentes conceitos e diretrizes na literatura científica. Dentre eles, destacamos os que apresentaremos a seguir: a PH como extensão da psicanálise e aplicação do modelo

clínico; PH como um campo da psicologia da saúde; e, por fim, a PH como especialidade.

2.3.1. Psicanálise e modelo clínico no hospital.

Segundo Simonetti (2004) a PH nasceu da psicossomática e da psicanálise e vem atualmente ampliando seu campo conceitual e sua prática clínica. Para Silva e Ulhôa (2015) PH é uma clínica que obedece às especificidades do ambiente hospitalar e adequa a prática originalmente de consultório a um modelo diferente. Essas diferenças aparecem para no artigo de Barbosa, Duarte e Santos (2012) como “dificuldades externas ao processo terapêutico” (p. 482).

Em Cohen e Melo (2010), a psicanálise é configurada como um raciocínio clínico aplicado ao hospital, que, não necessariamente, seja sinônimo de atendimento individual. Segundo os autores, este não vem a priori, podendo ser ofertado ou não e, em caso afirmativo, devendo ser construído caso a caso.

De maneira semelhante, para Maia e Pinheiro (2011) não é possível iniciar um processo analítico com todos os pacientes em clínicas denominadas extramuros, como o hospital. Esses contextos demandam uma posição diferente daquela que se costuma supor que seria a de um psicanalista e exigem a aceitação de uma postura diferenciada no sentido de assumir, a partir do referencial da psicanálise, um lugar de escuta, de contenção, de organização, de diálogo com outros profissionais, com outros personagens da vida do paciente. Por se tratar de um posicionamento diferenciado, as autoras concordam com Winnicott (1962/1982 apud Maia & Pinheiro, 2011) quando ele afirma que, nesses momentos, são psicanalistas praticando outra coisa.

Atender sob a ética psicanalítica em uma instituição hospitalar implica pensar também como se dá a transferência nesse quadro. Segundo Pinheiro (2002) nesse tipo de atendimento, o paciente produz dois tipos distintos de vínculos transferenciais: um que se estabelece com o analista e outro com a instituição, e ambos exercem efeitos sobre o tratamento.

Pensar a psicanálise no hospital, para alguns autores, implica pensar sua relação com a medicina. Barbosa, Duarte e Santos (2012) citam Angerami-Camon (2003) ao dizer que a figura do médico é protagonista no ambiente hospitalar, já que é ele quem decide sobre técnicas, medicações, cura, internações e alta. Cohen e Melo (2010) salientam que a psicanálise é distinta da ciência geral que inclui a medicina, a psicanálise não opera na medicina e vice-versa. Retomam Miller (2001) ao retratar que a exemplo do discurso científico, na psicanálise há certezas, as quais, todavia, estão ligadas ao real, distinguindo dois reais: o real para a ciência (médica) e um outro real para a psicanálise, próprio ao inconsciente.

Nascimento e Henriques (2015) lembram que a psicanálise surgiu no seio da medicina, mas se afastou dela e fundou um novo saber-fazer. Para esses autores, do lugar onde a medicina se encontra, ela seria incapaz de abordar certos aspectos singulares dos pacientes atendidos. Caberia a psicanálise escutar esse sujeito (do inconsciente e do desejo) excluído das práticas médicas.

O médico e psicanalista Michael Balint criou uma modalidade grupal (que ficou conhecida como “grupo Balint”) de reflexão sobre a prática para profissionais da saúde, mais especificamente para médicos. Propôs algumas temáticas e categorias que são promissores operadores de escuta da relação médico-paciente, como a “função apostólica” do profissional, o “médico como droga” e o “conluio do silêncio” (Ballint, 1975).

Ballint (1975) afirma que todo médico tem uma vaga idéia, porém quase inabalável, de como seu paciente deve se comportar e o que esperaria ou suportaria, ao que ele chamou "função apostólica", visto que o médico acreditaria poder ensinar o que é certo ao paciente. O médico tende a perceber os problemas físicos, psicológicos e sociais do paciente de acordo com sua própria hierarquia de valores e prioridades, que geralmente é diferente da percepção que tem o próprio paciente, e estas diferenças pessoais, culturais e históricas entre eles dificultam a comunicação entre ambos, prejudicando o paciente na expressão de suas necessidades.

Entre os críticos ao modelo clínico, More et al. (2009) aponta que a transposição para o espaço público de um modelo clínico psicológico cuja prática se dava em âmbito privado afeta diretamente a sua eficiência no que se refere à intervenção. Para superar esse obstáculo e contemplar uma atividade integrada, multidisciplinar e contextualizada, esses autores buscam contribuições do pensamento sistêmico. Mesma estratégia utilizada por Steffen e Castoldi (2006).

O predomínio do modelo clínico, a escassez de pesquisas e a ênfase no atendimento individual são criticados por Carvalho (2013), que defende uma maior reflexividade crítica sobre a prática e uma formação continuada para psicólogos em contexto hospitalar.

Avellar (2011), ao levantar a atuação dos psicólogos hospitalares de Vitória/ES, encontrou que a maioria atua no modelo "tradicional" (clínico individualista). A autora percebeu dois modelos: um deles é o "modelo clínico", em que o psicólogo delimita o espaço físico para a sua atuação, geralmente em sala reservada para o serviço de Psicologia, com pouca interação com a equipe. Nesse modelo o foco da atuação é exclusivamente o paciente e há uma ênfase na intervenção psicoterápica, individual ou em grupo. O outro modelo é o "biopsicossocial" ou de "atenção integral à saúde",

com atuação em diversos espaços: o psicólogo estaria "presente onde a atuação fosse necessária" (p. 497). Nesse modelo a equipe trabalha em conjunto; as intervenções ocorrem tanto com o paciente quanto com a família e a instituição/comunidade, e as ações são bastante diversificadas: aconselhamento, orientação, preparação pré e pós-cirúrgica, atividades educativas, intervenção breve, visitas domiciliares e outras.

Ao refletir sobre o trabalho da psicologia e da psicanálise fora do *setting* do consultório, Guirado (2009) aponta o risco de se produzir uma "mímeses equivocada e inócua do que se pretende produzir" (p. 330). Ou seja, nem bem se realiza uma análise e (na ânsia de fazê-la ou se aproximar dela) nem bem se opera com as demandas constituídas no contexto. Para a autora a possibilidade de se trabalhar nos moldes da psicanálise com outros públicos-alvo reside no agente (psicanalista) fazer uma torção de seus pressupostos teóricos e procedimentos habituais.

Parece claro que a clínica não pode ser apenas transposta ao hospital e que é necessário considerar sua inserção e reflexões próprias. Mas do que escolher um lado para defender ou criticar, nos interessa mais, nesse trabalho, identificar essas questões nos discursos analisados e a PH construída a partir disso. Entre mímeses, torções e adequações, a ideia de uma psicologia clínica aplicada ao hospital é um discurso presente e atuante e, por isso, um operador de escuta importante na análise das entrevistas. Que clínica se faz nas falas das entrevistadas? Que riscos são evitados, vantagens e adaptações são construídas?

2.3.2. Psicologia da saúde e contexto hospitalar.

As pesquisadoras Castro e Bornholdt (2004), preferem incluir a PH na área ampla da Psicologia da saúde, que utilizaria conhecimentos das ciências biomédicas, da Psicologia clínica e da Psicologia comunitária para intervir em diversos contextos sanitários, incluindo o hospital. As autoras foram as primeiras a refletir sobre a especificidade da Psicologia hospitalar no Brasil, tendo como parâmetro a realidade internacional. Em contraste com modelos estrangeiros, nos quais o marco conceitual da Psicologia da saúde serve de base para o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar, a Psicologia brasileira transformou um local de trabalho em uma área de atuação.

Vários autores (Carvalho, 2013; Gorayeb, 2010; Almeida & Malagris, 2015) concordam que não se pode definir uma área de conhecimento pelo seu local de atuação, pois não se deve tomar a parte pelo todo, e situam a PH como um campo dentro da Psicologia da Saúde (Torezan et al, 2013; Carvalho, 2013; Sette & Gradwohl, 2014; Almeida & Malagris, 2015; Gorayeb, 2010; More et al., 2009; Santos & Jacó-Vilela, 2009; Carvalho, Santana & Santana, 2009; Almeida, Cantal & Costa, 2008; Doca & Costa, 2007)

Carvalho (2013) descarta a denominação “Psicologia Hospitalar” por duas razões: a primeira, a inadequação do uso de um local de trabalho para designar uma área de atuação, e a segunda é que a identificação por local tende a pulverizar e a fragmentar o campo profissional da Psicologia, tornando muito difícil a construção de uma identidade de profissional de saúde para o psicólogo que atua no contexto hospitalar. Conclui que seria mais adequado referir-se ao trabalho do psicólogo no contexto hospitalar como parte da Psicologia da saúde.

Embora reconheçamos a pertinência do segundo argumento, podemos, a partir da AID, fazer ressalvas ao primeiro. Entendemos que um fazer ou uma área de atuação é determinada pelo local de trabalho, ou melhor, pelas relações discursivas que existem e só são possíveis naquele determinado contexto.

Os autores que conceituam o trabalho em hospital geral como parte da Psicologia da Saúde, a definem como a aplicação de princípios e pesquisas psicológicas para a melhoria da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças (Nogueira & Seidl, 2016), uma área de contribuições profissionais, científicas e educacionais da psicologia para a promoção e manutenção da saúde (Nogueira & Seidl, 2016; Freitas & Moretto, 2014).

Freitas e Moretto (2014) consideram que a psicologia da saúde foi se estabelecendo de acordo com as mudanças nos conceitos de saúde e doença. Assumindo que a atual concepção de saúde é multideterminada, os autores acreditam que o trabalho da psicologia no ambiente hospitalar deve ser clínico e institucional, ou seja, para contribuir com a promoção de saúde deve-se acolher e intervir junto à pacientes e familiares, mas também promover a análise, formação e melhoria dos serviços. Nos alinhamos com os autores no entendimento da importância de um raciocínio institucional para ampliar a intervenção da PH, porém adotamos uma conceito diferente de “institucional”, que ficará mais claro nos capítulos subsequentes.

2.3.3. *Psicologia hospitalar como especialidade.*

A Resolução nº. 14/2000, na qual o CFP define a Psicologia hospitalar como uma especialidade, é usada para justificar a constituição do espaço hospitalar como uma nova área de atuação para os psicólogos brasileiros (Avellar, 2011; Lima et al. 2013). Na resolução 013/2007 CFP define que o psicólogo especialista em PH “atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção a saúde” (p. 21).

Em 1997 foi fundada a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar e realizado um congresso nacional temático desde 1998, sendo responsável pela prova de especialista em psicologia hospitalar desde 2009. De acordo com a instituição (SBPH, 2014), a psicologia hospitalar deixa de ser uma prática oficiosa para ser uma especialidade reconhecida e, junto com a especialidade clínica, congrega um número significativo de especialistas registrados.

Gorayeb (2010) conjectura que parte da origem da questão da denominação “psicologia hospitalar” ter se estabelecido no Brasil é que uma grande parcela dos psicólogos que começaram a trabalhar em Psicologia da Saúde o fez em ambientes hospitalares e, provavelmente, há mais psicólogos trabalhando em hospitais do que nos outros níveis de atenção à saúde.

Em um trabalho onde discute as derivações da Psicossomática, da Psicologia Médica e da Psicologia da Saúde na Psicologia Hospitalar, Speroni (2006) conclui que, para além de qualquer distinção terminológica, os psicólogos estão definindo um lugar no contexto do hospital geral, um lugar de escuta diferenciada e privilegiada. Embora concordemos que o nome assumido para especialidade não seja

necessariamente um diferencial, salientamos novamente o caráter instituinte dos discursos sobre a área.

2.4 Análise institucional do discurso e instituição hospitalar

Alguns estudos na perspectiva da AID foram realizados com a proposta de realizar análises de práticas, saberes e subjetividades que constituem a instituição hospitalar. Eles tiveram como objeto o voluntariado hospitalar (Ortiz, 2007), mães de pacientes da oncologia pediátrica (Ortiz, 2003), enfermagem da pediatria (Coelho, 2013) e pacientes cardiopatas (Cavichiolo, 2015 e Sato, 2015).

De forma geral, esse trabalhos mostraram as amarras institucionais na fala dos entrevistados e, ao mesmo tempo, os movimentos de subjetivação nele engendrados.

Ao estudar voluntários, Ortiz (2007) pode vislumbrar que o objeto do voluntariado é “nos interstícios da cura do corpo antomofisiológico desenhado pelas relações hospitalares, o ‘bem-estar’ de um corpo sensação-afeto” (pg. 212) em uma relação de ajuda que produz bem-estar para o cliente e também para o voluntário “na medida que ele se percebe num lugar de poder e de superação do mal-estar” (p. 213). Assim, o “sujeito-voluntário produzido na singularidade de cada fala é a subjetivação/efeito (produção e transformação) de um certo ‘cuidado de si’” (p. 212).

A análise de Coelho (2013) mostra a relação que as profissionais de enfermagem desenvolvem com o trabalho invariavelmente entretecida com os procedimentos que executam. Ter *perfil* para trabalhar na pediatria significa desenvolver uma relação satisfatória consigo mesmo por meio da relação com a clientela. Uma série de fusões são constitutivas de relações estabelecidas pelas profissionais, há uma indiferenciação entre procedimento e relação que carrega a

identificação com a mãe, bem como a justaposição entre a relação com a clientela, relação com o setor e relação consigo mesmo.

Não é possível ser voluntário ou enfermeiro fora dessas relações constitutivas. Assim como ser mãe de paciente “não é exterior ao quadro discursivo da medicina. Ao contrário, esse “ser” só é possível neste quadro, ou, neste contexto. E o que aqui se chama de contexto não é, de maneira nenhuma, exterior ao que é dito” (Ortiz, 2007).

De forma bastante semelhante, nos trabalhos com cardiopatas foi possível analisar o imbricamento das relações com a equipe (fixa e de residentes), com o hospital, com o SUS, com o discurso de insuficiência do corpo, que se torna crônico (Cavichiolo, 2015) ou suplantado por próteses (Sato, 2015). Relações que moldam, esculpem, constituem os sujeitos-pacientes.

Seria prudente, entretanto, tomar os resultados apresentados como referentes ao contexto específico pesquisado, evitando-se, sempre, a generalização. Que, então, a atenção voltada a essas pesquisas recaia sobre o modo como o conhecimento foi produzido, muito mais do que ao produto delas em si, para que elas possam funcionar como cortes que fazem pensar (Guirado, 2010). Em todas essas pesquisas, a AID mostrou-se um método fecundo para investigação neste campo. Vamos a ele.

3. Capítulo II - Referencial Teórico-Metodológico.

Diga-me como você procura e te direi o que você procura.
Wittgenstein

3.1. Análise institucional do discurso.

Quando trabalhamos com AID, a “metodologia” não é um capítulo à parte do trabalho, que justifica seus procedimentos ou assegura sua cientificidade, mas sim, o alicerce para o trabalho. Como foi citado na introdução, a pergunta-problema disparadora dessa pesquisa foi elaborada dentro dessa estratégia, que se constitui e se presentifica ao longo de todo texto, se reafirmando em todo seu desenvolvimento.

Esse capítulo, portanto, apenas formaliza a estratégia de pesquisa e apresenta a apropriação singular feita da mesma (pois o método é mais amplo do que o aqui apresentado). Os conceitos-chave são apresentados separadamente por motivos de organização textual e didática, porém são pensadas sempre de maneira articulada.

Ao revisarmos brevemente a psicologia, no capítulo anterior, vimos que ela se emancipou da filosofia ao se aproximar dos métodos objetivos das ciências. O rigor metodológico carregaria a promessa de um acesso mais acertado às verdades do objeto de estudo (Viaro & Valore, 2011). Na AID não consideramos a verdade produzida como única e oculta, a qual o método nos levou a encontrar. Segundo Viaro e Valore (2011), a AID configura o método como uma estratégia de pensamento, “operando um deslocamento que permita tratá-lo como *estratégia*, deslocamento cujo principal efeito é o reconhecimento do caráter de produção artificial, e não simplesmente de descoberta natural da(s) verdade(s)” (p. 720).

Tal estratégia se operacionaliza por alguns conceitos centrais, são eles *discurso*, *instituição*, *sujeito* e *análise*.

3.1.1. Discurso

O discurso é concebido, na AID, não como um ato individual, e sim como a mobilização de um conjunto de regras que o sujeito não domina, o que nos remete ao conceito de formação discursiva de Foucault em *Arqueologia do saber* (1997). Assim, falar não é simplesmente expressar um pensamento, mas tornar-se portador e legitimador de uma instituição que é anterior e constitutiva do discurso do sujeito.

Assim, por exemplo, ao falar sobre PH, ao mesmo tempo em que legitima-se a instituição Psicologia Hospitalar, constitui-se e subjetiva-se no lugar de “psicólogo hospitalar”. Por conta disso, a análise do discurso tem como objeto precisamente a articulação entre um lugar institucional e uma organização textual (Guirado, 2000).

Com Foucault, entendemos o discurso como dispositivo institucional, como acontecimento, como ato, a posição do falante é concretamente a ocasião de produção de sentidos, expectativas de reação no interlocutor (Guirado e Lerner, 2007)

Isto porque, na AID, utilizamos o conceito de poder de Foucault (1990), compreendido como relação poder/resistência. Poder deve ser entendido como verbo, sendo impossível sua condição de substantivo, de algo que alguém ou algum grupo pode possuir ou estar desprovido e se define pela “possibilidade de ação sobre a ação de um outro” (Foucault, 1995, pp. 243-244). Segundo o autor, a análise das relações de poder seria, por excelência, o analisador das relações sociais e dos modos de subjetivação (Foucault, 1995).

A Análise do Discurso de Dominique Maingueneau, partindo desse mesmo pressuposto, nos mostra que o discurso dispõe lugares entre os interlocutores,

configura uma *cena* de enunciação e produz (n)as relações de poder. Dizer que o discurso é ato-dispositivo é acentuar seu caráter de *dizer*, em vez de acentuar o *dito*, ou seja, atentar para o que se mostra quando se diz (posição que se legitima, posição que se atribui, expectativas criadas, etc.). A análise será uma construção que considere todo esse modo de produção, esse contexto.

A AID procura pensar a relação entre um lugar social e uma certa organização textual, seu objeto é precisamente a articulação, por meio de um modo de enunciação (Guirado, 2000). Essa relação tem a ver com o que Maingueneau chama de *dimensão jurídica da fala*, pois quando se fala, se está sempre, sem saber, procurando legitimar o que se está falando, não somente o conteúdo, mas a posição mesma de sujeito falante (Guirado, 2000).

Considerando estes pressupostos, a análise aqui elaborada focou as cenas discursivas, atentando ao modo de organização das falas e às marcas constitutivas da subjetividade e das instituições nelas produzidas.

Quanto à apresentação dos resultados, cabe observar que, na AID, estes não se constituem à parte da leitura que deles se faz. Assim, mais do que uma transposição dos discursos investigados produz-se outro discurso: o de análise. Este, embora suportado pelas falas registradas, as reorganiza e redistribui em novos arranjos.

3.1.2. Instituição

Instituição aqui se faz compreender pelo conjunto de práticas e relações sociais que se repetem e se legitimam ao se repetirem (Albuquerque, 1986). Essa legitimação ocorre em um jogo de efeito de reconhecimento e desconhecimento. Na ação e na repetição das ações por aqueles que fazem a instituição produz-se o reconhecimento

das práticas, dos papéis, das relações, enfim, da ordem estabelecida, como natural, ao mesmo tempo em que se desconhece sua relatividade, ou melhor, o seu caráter instituído, e não natural (Guirado, 2010).

Ao incorporar o conceito de instituição de Albuquerque, Guirado pulveriza a sobreposição entre instituição e organização: as instituições vão além dos muros organizacionais (Galvão & Serrano, 2007). Pensar os tais efeitos de reconhecimento e desconhecimento é pensar as representações, o nível subjetivo da organização e de estruturação da prática, ou seja, “o nível da identificação imaginária que é ocasião de um certo reconhecimento e de desconhecimento na e da ordem das relações instituídas” (Guirado, 1986, p. 40).

Essa concepção de instituição implica ela ser produzida pela ação daqueles que a fazem: agentes institucionais e clientela. Agentes institucionais ocupam o lugar de quem oferece práticas (ou serviços), e a clientela é constituída por quem demanda tais práticas. A relação entre agentes e clientela, bem com entre as instituições, se dá em meio a relações de poder que produzem o fazer pelo qual determinada instituição reivindica para si o monopólio de legitimidade. A esse objeto em nome do qual a instituição se faz, e delimita seu campo de ação com outras instituições, Guilhon Albuquerque nomeia *objeto institucional* (Guirado, 2010).

De posse desse conceito, poderíamos tomar a Psicologia como instituição e determinar para ela um objeto institucional, e também para a enfermagem, a medicina e assim por diante. Nesse trabalho, tomamos uma área da psicologia, a que se produz nos hospitais.

3.1.3. Sujeito

Guirado traz da psicanálise, logo em suas primeiras obras, o conceito de afeto, tratando-o como constitutivo do sujeito (Galvão & Serrano, 2007). A afetividade estaria dada nos discursos, na condição de representações das relações e dos vínculos (imaginados) possíveis naquela ordem instituída (Guirado, 1986).

Partindo de uma definição de instituição que se dá na ação dos atores, podemos pensar em um sujeito que aí se constrói de forma bem específica. Mais do que um conjunto de características pessoais, ele é resultante de uma rede de relações institucionais (percebidas, imaginadas, representadas). O sujeito se constitui em uma superposição singular de lugares ocupados e delegados, de representações conhecidas e desconhecidas. Na AID, portanto, entendemos o sujeito como matriciado institucionalmente, ou seja, proveniente e constituidor de relações, papéis, regras, atos, discursos (Veiga, 2006).

A autora enfatiza a necessidade de se pensar os sujeitos constituídos nas e constitutivos das relações institucionais para a perspectiva do psicólogo como profissional numa instituição. Nessa perspectiva, o objeto da psicologia seriam as relações (novamente: imaginadas, percebidas, representadas) e o papel do psicólogo seria o de mobilizar a construção e apropriação por parte de um sujeito sobre si nas relações que vivencia (Guirado, 1986).

Assim, o psicólogo trabalha com a relação interpessoal, do cotidiano da instituição, o que supõe um sujeito que transfere, confunde-se, indiferencia-se, normatiza-se, mas também defende-se, resiste, se discrimina. O alvo da intervenção da psicologia não seria, portanto, a história do sujeito que antecede/extrapola aquela

relação institucional, mas a forma como essa história se reedita no lugar que ocupa nos grupos e na instituição (Guirado, 1986).

O que nos leva ao difícil conceito de “sujeito-dobradiça” ou “metáfora dobradiça do sujeito”. Sem nos estendermos, trata-se de uma metáfora que expressa conceitualmente a condição de sujeito institucional como subjetividade instituída nas (e instituinte das) práticas discursivas, enuncia simultaneamente as condições de produção do discurso e os efeitos de subjetivação. A subjetividade, assim, só pode ser pensada numa análise que inscreva, constitutivamente, práticas discursivas (Ribeiro, 2007).

Trata-se de um conceito e uma discussão bastante ampla, que não esgotaremos aqui, uma vez que renderia uma dissertação por si só. Buscamos trazer questões importantes, principalmente, para a discussão a respeito do objeto institucional da psicologia no hospital.

3.1.4. Análise.

A análise é aqui entendida diferentemente da interpretação, uma vez que se propõe uma construção de sentidos a partir do contexto e não de uma teoria prévia. Leva em conta a opacidade das construções discursivas (Guirado, 2000), de modo que não se pretende ver “o que está por trás” ou oculto. Analisar, neste contexto é voltar ao discurso mesmo e frear o *furor interpretandis*. Não restrito ao conteúdo, nos atentamos mais ao *como* é dito do que ao que é dito.

A análise do discurso tem como objeto a articulação entre um lugar social e uma organização textual (Guirado, 2000). Este discurso vai se constituindo em

interdiscursos, se dá por meio de quadros e vai, paradoxalmente, construindo e reconstruindo esse quadro.

Isso significa que, para entender o funcionamento do discurso, é preciso analisar o funcionamento da instituição (entendida como práticas discursivas que se repetem). De tal sorte que analisar o discurso implica neste modo analisar o modo como está organizada a instituição e a subjetividade produzida no discurso daquele que nos fala na posição de entrevistado.

3.2 Procedimentos.

Para analisarmos a psicologia hospitalar, decidimos retornar ao discurso de psicólogos que atuam nesta área. Para evitar regionalismos, ou melhor, contemplar a maior quantidade deles, procurei diversificar tempo e região do exercício profissional.

Em um primeiro momento de recrutamento, solicitei aos profissionais com quem tive contato ao longo de minha trajetória em hospitais que me indicassem um contato, explicando os critérios da pesquisa. De posse de 19 indicações de psicólogos distribuídos entre os estados de Rio Grande do Sul, Pará, Rio de Janeiro, São Paulo, Sergipe, Bahia, Paraná, Goiás, Piauí, Santa Catarina, Minas Gerais e Ceará, enviei a todos um convite explicando a pesquisa e a entrevista. Obtive 8 respostas: 5 aceitaram a proposta, 1 declinou por impossibilidade de usar programas de videoconferência, 1 por não mais se encaixar no critério de identificação com o título de “psicóloga hospitalar” e 1 por estar muito ocupada.

Em um segundo momento, busquei publicações que versassem sobre PH (artigos e apresentações em congressos) e entrei em contato com seus autores. Contactuei 32 profissionais, abrangendo, além dos estados já citados na etapa anterior, também Paraíba, Amazonas e o Distrito Federal. Tive 4 respostas: 1 aceitou o convite, 2 afirmaram não se encaixar nos critérios e 1 recusou por falta de afinidade com programas de videoconferência, se disponibilizando apenas a responder perguntas por email (a quem informei que a entrevista necessitaria ser feita em ato).

No terceiro momento, entrei em contato com 3 organizações de psicólogos hospitalares e da saúde, uma delas me respondeu recomendando 3 profissionais. Convidei-os para a pesquisa, porém sem resposta.

No total, foram convidados 54 profissionais e entrevistados 6. Além disso, em 3 ocasiões houveram dificuldades técnicas e falhas na transmissão do áudio, uma delas tendo que ser reagendada por queda de energia na cidade da entrevistada. Das 6 entrevistas realizadas, uma delas acabou sendo descartada após a qualificação, onde os critérios de seleção foram discutidos e melhor ajustados.

As entrevistas foram semiestruturadas, cujo roteiro (anexo A) aborda questões a respeito do trabalho que realizam no hospital, suas vivências, dificuldades e/ou júbilos, como concebem essa área de atuação da psicologia e suas trajetórias profissionais.

As entrevistas foram gravadas mediante autorização expressa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B) assinado pelos participantes.

Os cuidados éticos foram devidamente observados e o estudo foi realizado apenas após aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (Res.466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde). Os depoimentos foram transcritos de modo a registrar, o mais fidedignamente possível, a fala dos

entrevistados, tendo sido alterada, ou omitida, qualquer informação referente à sua identificação.

É importante afirmar que o roteiro serviu muito mais como uma organização temática a qual recorria-se eventualmente durante as entrevistas, do que como um conjunto de formulações a ser rigorosamente seguido. Sua principal função foi a de trazer as temáticas consideradas profícuas para a investigação, de forma organizada e impressa, para que nenhum daqueles temas deixasse de ser abordado.

4. Capítulo III -Análise das Entrevistas.

*Penetra surdamente no reino das palavras.
Lá estão os poemas que esperam ser escritos.
Drummond*

Cabe, antes de entrar nos temas da análise, esboçar um perfil das entrevistadas (os pronomes são usados no feminino, devido à totalidade das entrevistadas serem desse gênero). Seus dados foram então esquematizados no quadro a seguir. É importante salientar que, para assegurar o sigilo e a privacidade delas, no decorrer de toda análise, foram utilizados nomes fictícios, bem como ocultados os dados sobre as organizações em que se formaram e atuaram.

Tabela 1 - caracterização das entrevistadas

Nome	Idade	Formação	Atuação
Ana	36	Há 13 anos por universidade pública no Paraná.	10 anos concursada em hospital público do Paraná.
Camila	28	Há 6 anos por universidade pública no Pará.	3,5 anos entre um hospital público universitário e um particular, ambos no Pará.
Dandara	67	Há 39 anos por universidade particular no Rio de Janeiro.	39 anos em hospital público do Rio de Janeiro.
Eliane	26	Há 4 anos por universidade pública no Paraná.	3,5 entre um hospital público no Paraná e um em São Paulo.
Gabriele	34	Há 11 anos por universidade particular no Paraná	6 anos concursada em hospital público no Paraná
Fabiane	55	Há 32 anos por universidade em Pernambuco	32 anos entre hospital público em Pernambuco e em Amazonas

A análise dos discursos produzidos visou retomar os objetivos da pesquisa. Assim, pode-se circunscrever algumas regularidades, isto é, aspectos que se

repetiam na fala dos participantes. Tais regularidades foram agrupadas em alguns temas principais que serão abordados a seguir. Nesses temas destacaram-se os extratos discursivos mais significativos para a análise da questão norteadora da investigação. Destaca-se que aqui seguem apenas alguns recortes das diversas cenas enunciadas, não havendo pretensão de abarcá-las em sua totalidade.

A pergunta disparadora desta pesquisa foi “como a psicologia hospitalar se configura nos discursos de profissionais que atuam na área?” e nosso objetivo, portanto, é realizar uma análise de que maneiras a psicologia hospitalar se institui e legitima no discurso de psicólogos da área. Sempre entendendo que ela não é única e sem pretensão de generalização, pois uma produção científica sempre será parcial e relativa, devido a inevitabilidade de produzir-se numa dimensão positiva, mas ao assumir-se um recorte desde o início podemos a partir dele fazer afirmações (Guirado & Lerner, 2007).

Para isso, dividimos esse item em: 1) construção de conceitos da PH, 2) relação da PH com outras áreas da psicologia, 3) clientela e objeto institucional de PH; 4) relação da PH com outras áreas do hospital e 5) lugar imaginado e atribuído à psicologia no hospital.

Assim como no capítulo referente à metodologia, vale lembrar que a separação dos eixos de análise cumpre apenas o objetivo de sistematização da apresentação dos resultados, uma vez que esses assuntos se interrelacionam e interinfluenciam de maneira indissociável. Pensar em como a PH se constrói conceitualmente implica pensar nas suas fronteiras com as outras áreas da psicologia e com as outras profissões atuantes no hospital; identificar seu objeto de monopólio, a clientela a quem suas práticas se destinam e o público para quem elas devem ser visíveis. Tudo isso configura um lugar para a psicologia hospitalar nas práticas discursivas. As falas

são recortadas, as categorias são separadas e apresentadas nessa ordem para favorecer o entendimento e facilitar a progressão da leitura, proporcionando uma ordem de conhecimento dos temas, sem a qual se poderia ter a compreensão dificultada. Afinal, diferente de uma apresentação de resultados, ao fazermos uma análise de discurso nos moldes deste método, estamos configurando outro discurso - o da análise - e não podemos nos isentar de favorecer um dado escopo de entendimento a partir dos nossos modos de organizar.

Foram analisadas as entrevistas separadamente em um primeiro momento, em seguida, foram analisadas as relações entre as entrevistas. Por fim, foi construído o texto apresentado a seguir, organizado a partir das regularidades percebidas. Em todas as etapas de análise, os materiais produzidos eram discutidos no grupo de pesquisa composto pela presente pesquisadora, a orientadora e os demais mestrandos que compartilhavam do método.

As entrevistas são apresentadas em perspectiva digressiva, ou seja, alternando as falas da entrevista (sempre em *itálico*) com as análises. Partimos do pressuposto de que as reconstruções a que se chega pela análise de discursos permitem-nos tratar ao mesmo tempo dos atores, das cenas enunciativas e das condições de enunciação (Ortiz, 2003). Atentamos ao modo de organização das falas e aos usos de alguns operadores linguísticos (verbos, referentes de pessoas, advérbios, adjetivos)

As falas dos entrevistados são precedidas de seus nomes (fictícios). Foram mantidos todos os maneirismos e erros de linguagem, da pessoa entrevistada e da entrevistadora. Palavras interrompidas por uma barra ("/") simbolizam cortes abruptos na fala, que na maior parte das vezes não é concluída, reticências entre colchetes ("[...]") apontam para supressões de nossa autoria nas falas, ao passo que reticências

sem colchetes denotam pausa ou hesitação. Destacamos em negrito, nos trechos, palavras e expressões que foram importantes como operadores de escuta, sempre retomando-os na análise feita.

4.1. Construção de conceitos da psicologia hospitalar.

As entrevistadas (que, lembrando, todas se identificam como psicólogas hospitalares, de acordo com o critério de inclusão) nem sempre tinham uma definição na ponta da língua, principalmente as que estão na área há menos tempo, vide os extratos a seguir:

E o que é psicologia hospitalar?

*Camila: Uhum... é... é um conceito um pouco difícil, né [risos]. Talvez esse seja seu foco mesmo de interesse, porque é difícil de definir o que é psicologia hospitalar. É... **ainda que** seja uma especialidade que **acho que praticamente** só existe no Brasil, porque em outros lugares é psicologia da saúde **de uma forma geral** né, é... **eu vejo** a psicologia hospitalar como um campo da área da saúde. Digamos um local, um setting, é... **mas não necessariamente** uma especialidade. [...] Não sei se eu respondi sua pergunta.*

O que que você entende por psicologia hospitalar?

Eliane: Complexa essa pergunta. [pausa] É... [risos e nova pausa]. Eu acho que a psicologia hospitalar, ela... ah, eu entendo como a inserção do psicólogo no contexto hospitalar. [...] Pois é, sabe porque eu me complico nessa pergunta? Que assim, eu vim de uma residência de oncologia e hematologia, e aí eu via bastante a psicooncologia, que era um contexto mais específico, né, hoje em dia eu trabalho numa unidade de emergência. Na unidade de emergência a gente tem um outro perfil que é muito diferente. É até difícil pensar na psicologia nesses dois espaços como... abarcado em uma só categoria, assim, digamos assim.

Camila traz em sua fala uma aparente dissonância com a comunidade discursiva de PH brasileira - é uma especialidade, mas ela não vê assim. Traz conceitos diferentes, citando “os outros lugares”, hesita em se posicionar, se repete, constrói afirmações sem ser categórica (“ainda que”, “praticamente”, “de forma geral”, “não necessariamente”) e marca a individualidade de seu conceito (“eu acho”, “eu vejo”).

Especula sobre a importância da pergunta na entrevista e pondera os diferentes conceitos, relatando sua dificuldade, talvez por não saber com qual perspectiva estávamos lidando.

Eliane também marca sua dificuldade em dar essa definição - nomeia a complexidade, faz pausas, ri - e então, tal qual Camila, define “hospitalar” como um contexto. Contesta-se em seguida, ponderando as diferenças de contexto dentro do próprio hospital, deixando um questionamento.

As definições delas se configuram de maneira mais indireta, em perguntas mais tangenciais, e serão apresentadas nessa e em outras sessões, principalmente na 3) Clientela e Objeto Institucional. Os conceitos configurados nos discursos das demais psicólogas também serão analisados na sequência. Por ora, vamos nos deter nas condições de formação discursiva, ou seja: onde e como esses conceitos se formam?

*Fabiane: Bom, é... eu pude constatar melhor a diferença do conceito, vou dizer a você que **não foi assim que eu comecei** a fazer minha especialização em hospitalar, porque o curso da M. S. L., pelo CPHD, é psicologia hospitalar e domiciliária, né. Então, é... **ao longo então do percurso**, né, eu comecei a perceber.... bom, tem um **dado de realidade**, né, em relação a... a inserção do profissional nesse local de atuação... tá.*

*Gabriele: Na realidade assim, durante a universidade, eu... é.. participei de alguns eventos, assim, né... da área, uns dois, assim, mi/ cursos de extensão, coisa nesse sentido, porque **a formação em si não ofereceu recursos**, assim, a gente teve algumas aulas, mas não aprofundou. E aí, é... eu acabei/ eu sempre gostei da área da saúde, mesmo antes de eu trabalhar aqui neste hospital, eu/ o meu olhar, o meu trabalho era voltado pra área da saúde, e aí teve o concurso público né, da [órgão estadual de saúde] eu acabei fazendo, passei num dos primeiros lugares e fui chamada, e aí pra mim/ foi assim que eu entrei, na época sem... sem experiência em psicologia hospitalar, é... aí depois que eu entrei que eu fui atrás e **fui buscar formação e através da própria prática que eu fui desenvolvendo**.*

*Ana: [...] eu est/ eu acho que is/ vai muitas ocasiões essa busca na tua formação. Da parte da área da saúde eu acabei buscando algumas coisas por iniciativa própria por que, né, eu trabalhei em unidade de saúde, então fui atrás de entender um pouco mais disso. [...] eu acho que em geral a tua formação você tem um/ não sei, acho que pouco, acho que **a gente precisa buscar muito fora** assim né.*

Fabiane construiu ao longo do seu percurso um conceito diferente ao que foi apresentado a ela no começo, a comunidade discursiva com quem ela compartilha

não faz parte de sua instituição de formação. Mais do que isso, percebeu um “dado de realidade”, ao colocar dessa maneira, se posiciona como detentora de um discurso verdadeiro, que corresponde à uma realidade externa, que está lá independente de como se fala sobre ela, mas nem todos alcançam.

De forma parecida, Gabriele e Ana também não produzem seus discursos sobre a PH na formação, começa-se sem recursos - sem ferramentas, conceitos. A PH nesses discursos não se trata de um conceito aprendido, dado, mas desenvolvido, buscado “fora”, construído por formações outras que não a graduação (cursos de extensão e pós) e pela prática.

As condições de produção do discurso não estão na graduação, mas em outras comunidades discursivas (em outros momentos as entrevistadas citam também comissões temáticas e sociedades de PH) e no próprio hospital, na prática.

Ana: Então assim, o que eu entendo, o que eu hoje, né, o conceito pra mim de psicologia hospitalar é você poder estar atendendo, assim, fazer o seu atendimento ao paciente, à família, dando um suporte psicológico [...] Então assim, acho que dá pra separar pelas áreas que eu atendo que daí fica mais fácil explicar assim, né.

Camile: E... algumas características como, é... pessoais, no sentido de... de... de acolhimento, no sentido da empatia, de estar realmente disposto a estar com o outro, né, e... e eu acho que isso independe de abordagem... teórica, eu acho que isso transcende [risos] a abordagem teórica, eu acho que é uma questão humana, que a gente precisa estar disposto a estar com o outro, a ajudar o outro nas suas necessidades e... e isso... talvez teoria nenhuma vai ensinar de fato, né, só a prática mesmo faz com que a gente perceba essa importância.

Fabiane: Então, eu posso dizer que no início, as dificuldades, é comum né, eu penso que é comum a todos que iniciam em qualquer área né: a inexperiência, porque a própria academia, né, ela não favorece, ou ela não favorece ou ela não estimula ou ela não tem, né, profissional, é... é... eu digo competente, mas competente não é só o saber, mas a competência teórica e prática, né, porque... eu observo que tem alguns colegas, né, atualmente, que... f/ fazem cursos da área, né, na área da saúde, mas, é... teoricamente eles são exemplares, né, mas na prática não... vamos dizer assim, pouco pragmáticos, né, e bastante, né, teóricos, né, pra situações, como por exemplo, dentro do hospital, as situações elas são emergenciais, né, outras são de urgência, então, eles não sabem como acomodar, né, as respostas, as devolutivas aos pacientes, à equipe multi ou disciplinar, né, e a família, tá. Então, no início eu senti muitas dificuldades teóricas, né, e... de competência da área.

Gabriele: [pausa, suspiro] Bem, é uma área dentro da psicologia, uma área

de atuação, né, mas acho que também é uma área de construção de conhecimento.

Ana, que estava tendo dificuldades de explicar a diferença da PH para outras áreas da psicologia, se organiza quando fala por dentro, pelo fazer. Para ela, PH é atendimento, e os atendimentos - e consequentemente seu conceito - é definido na interlocução com outras instituições - as áreas em que atua dentro do hospital.

Na fala de Camile, algo do fazer ultrapassa a teoria, e na de Fabiane, teoria e prática não se conciliam. O acolhimento e a empatia tão teorizados ganham significado e importância na prática de Camile, se configurando como características para a PH. A teoria que Fabiane conhecia no início não respondeu as demandas pragmáticas e emergenciais que percebeu em seu trabalho, o que a levou a modificá-la, o que, consequentemente, modifica sua forma de trabalhar.

Gabriele traz no conteúdo de sua fala o que está articulado nos outros excertos: PH é uma atuação e uma construção de conhecimento, ou seja, uma prática discursiva, que molda com seu fazer o discurso teórico ao mesmo tempo em que é moldado por ele, o conhecimento vai se construindo nessa articulação com os atos, a atuação.

Essa atuação não é estática e tem seus meandros.

*Ana: E daí tem **outras atividades aí da rotina**, porque eu sou coordenadora do serviço, né, então.... **Tem as atividade também que/ relacionadas ao serviço de psicologia que não, né, mas não no caso da assistência**, então a questão mesmo da coordenação da equipe, então a gente tem, né, algumas reuniões que a gente acaba fazendo, a gente já participa de várias comissões dentro do hospital, [...] **Então a rotina, no meu caso ela acaba, né, dividindo tanto na área da assistência, quando eu to junto ao paciente ou a família, quanto também dessa parte mais administrativa**, né, que é a coordenação da equipe, **acompanhamento do/ da inst/ a gente tem residente**, os residentes do [hospital universitário de Curitiba] eles passam por aqui, então a gente já faz também acompanhamento, discussão de caso, supervisão com esses alunos, né, então eu acabo assim dividindo um pouco... nessa... nesse sentido, né.*

*Gabriele: Então acho que assim, **é uma rotina...** tem dias que é bem apurado, mas tem dias que é mais tranquilo, sabe, **depende muito isso assim, da semana, do dia**, sabe, então ness/ nessa/ semana passada tava*

*mais tranquilo, mas tipo, nas outras semanas, nossa, eu tava num ritmo assim que eu não parava, sabe. Daí assim, geralmente **pra atender, a gente sobe**, atende na unidade, que nem na neo tem uma salinha que dá pra usar pra atendimento, ou às vezes atende na beira do leito, nas enfermarias também, às vezes na beira do leito, ou às vezes a gente arranja uma sala, um... no ambulatório, quando tem uma sala livre, ou às vezes no corredor mesmo [risos] **e aí eu venho**, essa sala é **a sala pras atividades mais administrativas mesmo, daí**.*

Uhum... eu queria que você me contasse um dia seu no hospital.

*Eliane: Ah, **é um caos**, mas eu conto [risos]. Então assim, eu trabalho na clínica médica e na unidade coronariana atualmente. Então quando eu chego no hospital, geralmente eu já tive um contato prévio com a equipe e sei... quais os casos que estão dando maior demanda. Quando tem uma urgência, algo que aconteceu na noite anterior e eu não estive pra atender, eu vou acolher vou ver esses casos, mas quando... **o dia comum, um dia sem tantas intercorrências, eu vou nos leitos dos pacientes que eu já me programei pra atender**. Geralmente eu atendo paciente e a família ou em conjunto ou eu retiro a família e atendo em outro momento numa sala reservada. E aí... eu atendo e posteriormente discuto com a equipe. Então assim... geralmente... **eu gasto/ eu me programo** pra isso, eu poder atender em um certo momento e um outro momento ter esse contato com a equipe mesmo.*

*Camile: Então isso era, digamos assim, **a rotina era a falta de rotina**, a gente nunca sabia o que a gente ia encontrar, né. [...] E aí **variava muito de dia pra dia. Tinha dia que tinha pouquíssimas pessoas na urgência, tinha dias que estava super lotado**. Então... variava muito do dia, mas basicamente eu acho/ as atividades eram essas, né. [...] Então eu acho que pra muitos colegas, inclusive pra mim, me coloco nesse meio, é difícil lidar com a morte, mesmo estudando a tanto tempo sobre isso, né, é difícil lidar com a morte sim. **Nada é previsível quando a gente fala no morrer, né**. Aconteceram situações em que a gente “ah, essa família já está acompanhando, sabe que o paciente está muito grave, vai ser tranquilo acolher esse óbito”, e não era nada tranquilo, por que a família realmente não estava... é... preparada, se é que existe uma preparação pra isso, né, pra morte em si.*

Vemos, nas falas, relatos de rotinas que contrariam sua própria natureza: ao invés de realizadas sempre da mesma forma, são divididas, variadas e imprevisíveis. O interessante nesse operador de escuta (além do fato de aparecer na maioria das entrevistas sem estar nas perguntas) é que ao falar da “rotina” as entrevistadas montam cenas enunciativas do que é esperado ou pressuposto no trabalho delas no hospital e o que foge disso.

Para Ana, a rotina dela como psicóloga hospitalar é assistencial, realizadas com pacientes e famílias. As atividades com equipe, mesmo a de psicologia, e instituição (que ela começa a nomear, mas se interrompe para falar de residentes) são

administrativas e acabam a fazendo dividir.

Gabriele traz também atividades assistenciais e administrativas, a divisão fica por conta dos sujeitos das atividades - para falar da assistência é “a gente” e da administração é “eu” - e dos espaços físicos - assistência é na enfermaria, atividades administrativas na sala particular. Com um anacoluto, não adjetiva sua rotina, para em seguida encenar em seu discurso uma variação de ritmo dependente do fator intangível do tempo.

Eliane inicia nomeando seu dia de “caos”, mas escolhe relatar um dia “comum”, que para ela é “sem tantas intercorrências”, em que ela pode fazer o programado. Parece que o esperado, o pressuposto que aqui se configura, é que uma rotina de PH deveria se constituir de atendimentos e discussões com a equipe já planejados, e as intercorrências, próprias de uma instituição hospitalar, se interpõem a isso. Entretanto, Eliane também diz que “gasta” (tempo, presumivelmente) com essas atividades comuns. Fica o questionamento de qual seria uma cena genérica da PH que não fosse “caótica” nem “gastasse”.

Camile anuncia uma antítese: a rotina é a falta de rotina, é sabido que não se sabe, é esperado que não se saiba o que esperar. Traz o hospital à cena quando relata que a variação de ritmo ao longo dos dias era de acordo com o número de internamentos na unidade de urgência. À imprevisibilidade da intuição, soma-se a imprevisibilidade do funcionamento psíquico. Não era possível saber quantos teriam ou como estariam os pacientes.

Nesses trechos, não conseguimos configurar uma cena genérica em comum, embora possamos mapear atividades, funções e fazeres. Retomando a outra ponta da dobradinha teoria-prática, nos perguntamos agora como esses fazeres imprevisíveis, variados e caóticos são localizados pelas entrevistadas no quadro

teórico da PH (ou seja, nas definições psicologia clínica X psicologia da saúde X especialidade em si).

Ana: **pelo conselho existe uma especialidade e ponto né, é uma especialidade. Eu assim, eu acho que eu tenho um olhar mais pela psicologia dentro da área da saúde, eu acho que a gente tem uma fundação clínica,** mas assim, pra mim, eu não consigo ver ela fora de um/ desse mundo que tem outras áreas de atuação e também assim, é... olhando essa coisa da autonomia do paciente, essa coisa da promoção da saúde, ainda que eu acho que, por que assim, entendendo a promoção de saúde assim, não como cura, nada disso, né, mas assim, um paciente ter mais, né, se conhecer mais, acho que isso é saúde, né, então nesse sentido eu vejo mais [...] existe alguns lugares que eles estão querendo até “ah, a especialização é em saúde e hospitalar”, quer dizer, você entender, né, entender que... porque eu acho que assim, **pelo menos assim, na minha prática, não sei se é por que eu trabalho no sus,** traba/ assim, a gente é o tempo todo é contato com a unidade de saúde, é com CAPS, então assim, **eu vejo isso dentro de uma rede,** né, eu entendo que a gente está dentro dessa rede, né, e a gente realmente utiliza dessa rede, a gente volta e meia entra em contato com esses outros serviços, né, então, **eu não vejo ela isolada,** sabe eu acho que o paciente ele está aqui e ele tem assim, o... a... as questões que a gente acaba trabalhando, claro que ele pode ter outras, mas **as questões que a gente acaba trabalhando tem a ver com o que ele está vivendo agora, que é um momento ou de doença ou de alguma intervenção médica,** vamos dizer, tipo na maternidade, que não é uma doença, mas tem alguma intervenção médica envolvida. Então eu vejo mais dentro dessa área da saúde.

Ana cita uma definição existente, circunscrevendo a responsabilidade desse discurso: é assim “pelo conselho”. Não o contrapõe, pois ele está fechado com um “ponto”, mas não o assume como discurso dela, constrói outra definição a partir de suas próprias reflexões, sua inserção organizacional e sua prática.

Há um fundamento clínico que se supõe compartilhado, algo que “a gente tem”, e um olhar - um viés, um enquadramento, uma estratégia de pensamento - pela psicologia da saúde. Esse olhar é para temas e questões de saúde, em um sendo fisiológico, médico, enredamentos e inserção, se opõe a um olhar de isolamento.

Uhum... e... mas o que que é psicologia hospitalar?

Dandara: Olha, eu entendo, assim, **de uma maneira bem ampla,** né, que você pode ter uma... uma atuação direta, junto a paciente, família, equipe, né, e de alguma forma uma atuação indireta, né, é... no sentido de... influenciar em políticas públicas de saúde, trabalhar na direção das instituições hospitalares. Basicamente, psicologia hospitalar stritu senso é... ajudar a elaborar, né, o sofrimento, os medos, as tensões diante de uma hospitalização, da doença, do adoecimento, né. Mas de uma maneira geral, de uma maneira mais ampla, eu acho que... tem também objetivos outros, esses que eu falei pra você, né. Eu acho que **ela abarca, ela é dentro da**

psicologia da saúde, né, saúde, dentro da área da saúde e ela tem... com certeza também um viés clínico, né, inscrito.

Uhum... eu queria perguntar...

Dandara: [Interrompendo] Do cuidado humano, né, da área do cuidado, especificamente, da saúde, né. Do cuidado do ser humano ligado a saúde, de maneira mais ampla.

Já Dandara nomeia seu olhar como clínico, traz uma amplitude para falar da especificidade da área, fica entre o amplo e o específico, a área da saúde e o viés clínico. Posiciona a PH de maneira ambígua, abarcando e sendo contida pela área da saúde.

*Fabiane: Foi aí que eu disse pra ele [diretor da faculdade onde dá aula] que **hospitalar é o ambiente de intervenção, né, dentro do hospital**. Então pra mim há um segmento aí, tá, **ela é segmentada**, então dentro do hospital eu posso ter intervenções clínicas, posso ter intervenções, né, voltadas para o trabalho. Como eu não trabalhei, nem trabalho, né, com intervenções, né, na... de intervenção na organização hospitalar, daí aí eu fui falei pra ele, eu disse "olha, eu gostaria que a disciplina ela fosse nomeada como 'hospitalar e da saúde'", porque eu disse isso? Porque eu já aventava a possibilidade da gente avançar em outros contextos, né, porque, vou frisar, há um equívoco aqui no Brasil em dizer que psicologia é/ psicologia hospitalar é hospitalar e não saúde. **Pra mim, a saúde, ela é ampla, e dentro da saúde, né, há a hospitalar, entendeu.***

O posicionamento na fala de Fabiane marca a hospitalar contida na saúde. Nessa fala, hospitalar é ambiente, contexto, considerá-lo área é um equívoco. Ela mostra ter superado esse equívoco: é uma profissional avançada. O avanço em outros contextos configura um profissional também capaz de avançar, conceitualmente e na prática. Portanto, PH vista da forma como a entrevistada a legitima, é reconhecido como um avanço.

O que diferencia e "segmenta" é a intervenção - clínica se voltada ao paciente e organizacional se voltada à organização, ao trabalho. Dizer que o hospital é um contexto para a intervenção do psicólogo não significa reduzi-lo a um cenário ou pano de fundo. Ele influencia as práticas, dá condições para que elas ocorram, as atravessa e modifica. Nas palavras das entrevistadas, ele requer adaptação.

*Camila: Em todos os ambientes **eu via** a possibilidade de atuação. Mas aí eu acho que é também isso de você investir em **procurar formas de atuar ali**, né, e ter a habilidade, talvez a **criatividade**, né, como um aliado, né. Não só a criatividade, mas a **habilidade de se adaptar**... aos ter/ aos vários*

*ambientes em que o psicólogo pode sim atuar. Não vejo como, assim, um espaço em que o psicólogo não teria formas de atuar. [...] Então... a tentativa era sempre do aqui e agora, né, e mais uma vez a questão do hospital ela é mu/ **eu me via nessa exigência de agregar conceitos de outras abordagens teóricas** que me dessem base pra minha atuação ali, né. Então quando você perguntou da abordagem, a principal, que eu trabalho é a psicodinâmica. Mas assim, **o ambiente hospitalar me fez perceber** que eu precisaria também de, digamos assim, de outras... **de outras teorias pra poder complementar a prática**. E é muito diversa, então nem sempre vai ter a melhor, vai ter aquela que funciona, né, tem que funcionar, se não funcionar pro outro não... não é legal.*

*Eliane: Na hora da intervenção é difícil uma linha que aprofunde tanto como é a junguiana, mas geralmente eu opto pela psicodinâmica que eu também entendo um pouco e **tem resultados mais/ melhores**. Eu acho que tem, **mas tudo depende... do contexto** dentro do hospital. Na oncologia por exemplo o paciente ficava mais **tempo** com a gente, então você consegue abordar e trabalhar algumas questões. Agora por exem/ e no contexto de unidade de emergência, o paciente ele fica três quatro dias com a gente. Então é claro que o que a gente acaba abordando são **questões mais focais**. Quando a gente vê que tem algo que precisa ser trabalhado em psicoterapia a gente acaba encaminhando pra outra/ pros outros serviços da rede.*

*Fabiane: depois pelas circunstâncias da minha vida e posso dizer que especificamente dentro do próprio... **contexto hospitalar**, é... eu percebi que... os meus colegas do grupo multiprofissional e multidisciplinar, eles não... não conseguiam alcançar uma linguagem mais subjetiva, né, e **isso me mobilizou também a ser mais prática**, né, mais pragmática, né, nas devolutivas. E com o avançar do tempo, né, e com outras perspectivas, né, teóricas, né, e... de identificação profissional, né, e pessoal, eu mudei né, mudei a abordagem. Confesso que... é... **isso me facilitou demais** a vida, né, profissional, e também pessoal, tá.*

Fabiane chega a citar motivações pessoais, mas de modo geral o que se desenha nas falas é uma mudança para se adaptar ao outro: para Camila e Eliane, o que funciona melhor para o paciente; para Fabiane, o que melhor dialoga com a equipe. As adaptações aparecem para cavar esse espaço da psicologia no hospital, nos diferentes contextos.

Falam de adaptações práticas, de fazeres, mas também (de forma mais direta ou mais alusiva) adaptaram suas estratégias de pensamento, suas abordagens teóricas, escolhendo a que julgavam caber melhor. Camila e Eliane usam abordagens heterogêneas, respectivamente, psicodinâmica e “outras” e junguiana e psicodinâmica, Fabiane conta, ao longo da entrevista, que migrou da psicanálise para a terapia cognitivo comportamental.

Para as duas primeiras, adaptação tem a ver com flexibilidade, com se aproximar do dinamismo das demandas hospitalares, para a última, tem a ver com se aproximar mais do discurso da equipe. As questões subjetivas (se podemos chamar assim o objeto da psicologia) parecem precisar de tempo para serem aprofundadas e são difíceis de serem transmitidas para não iniciados.

O hospital, portanto, é um contexto importante. Podemos supor que talvez a psicologia que se configura nele é diferente das outras. Será mesmo? Diferente como?

4.2. Relação da psicologia hospitalar com outras áreas da psicologia

Quando questionadas se viam diferença entre as outras áreas em que já trabalharam e o hospital, as entrevistadas legitimaram a hospitalar como uma área diferenciada das outras.

*Dandara: Sim, a hospitalar é uma área completamente específica, **eu não vejo semelhança, só a única semelhança é que a gente lida com o humano**, mas elas são completamente diferentes. Tem uma especificidade.*

*Ana: Sim, bastante assim, **bastante diferença, assim né, acho que tem suas relações** assim, é... talvez até, assim, eu acho que a diferença é muito/o foco é muito diferente, né, no caso da sócio-educação, a sócio-educação ela te/ ela não/ela tem um caráter/não tem um caráter assistencial como aqui tem, **apesar do você fazer um atendimento, até de fazer atendimento clínico** com os adolescentes que eu acompanhava, mas também tinha uma área mais, uma situação mais da parte da psicologia jurídica, de fazer relatório, de ter que subsidiar decisões aí judiciais né.*

*Gabriele: **Sim [risos]**. É... ah, acho que é muito diferente você trabalhar numa escola especial, hoje até eu vejo, porque aqui no hospital a gente atende muita criança assim com deficiências, com questões neurológicas, e **hoje assim eu consigo enxergar que muitas daquelas crianças que eu tinha contato na escola, é... hoje... acabam estando no hospital, né.***

A resposta para a pergunta sobre a existência de diferenças é um categórico “sim”, para Gabriele, chega a ser risível. Parece haver para elas uma pergunta

implícita na sequência: “quais?”. Curiosamente, ao invés de elencarem as diferenças que afirmam prontamente, respondem com semelhanças. Dandara nega semelhança a princípio, depois o encontra, ainda que bem genérico. Ana vê que a prática “até” se aproxima e relaciona e Gabriele vê uma intersecção na clientela.

Sigamos o discurso delas.

Que diferença?

*Dandara: Olha, eu acho que a hospitalar tem uma especificidade única, né, **completamente diferente** assim. Até **a gente pode pensar** na questão das instituições que... o funcionamento institucional, mas eu trabalhei pouquinho só em seleção, né, pra promotor de justiça e a hospitalar. Agora **do conhecimento que eu tenho** eu acho que a hospitalar tem especificidades únicas.*

Dandara reafirma a existência da diferença, mas não responde o que elas são. Admite um discurso coletivo (usa “a gente”) que encontre semelhanças, mas se posiciona contrária, invocando seu conhecimento para dar força ao argumento que ela não apresenta.

*Gabriele: E também, mesmo na época que eu trabalhei com dependência química, é... acho que sim, era área da saúde, **era uma instituição de internamento, é, mas... é... também era diferente**, acho que dentro do hospital a gente tem... **outros focos**, eu vejo assim, que a gente trabalha muito com paciente, com a equipe, com a família, mas até a questão burocrática, sabe, eu acho que a gente tem protocolos pra serem montados e serem efetivados no nosso dia a dia, enfim, acho que **a instituição hospitalar ela tem algumas particularidades**. Eu vejo que aquela experiência com dependência química também foi super importante, eu aprendi muito e me deu base pro trabalho que eu desenvolvo hoje, até porque aqui no hospital a gente acaba muitas vezes atendendo famílias, pais das crianças com... que tem essa problemática, mães dos bebês da UTI neonatal, então, acho que isso me deu uma base bem interessante, até pra conseguir também hoje desenvolver o trabalho aqui, mas... mas sim, **é um trabalho diferente**, até porque **lá a gente trabalhava muito com grupos**, uma característica do hospital é que além dos atendimentos/ dos pedidos de atendimento, a gente acaba fazendo bastante busca ativa. Eu percebo que às vezes essa **demandas é invertida**, não é o paciente que vem até a gente, é a gente que vai até o/ a/ né, a... fazer essa abordagem do paciente, ou então esse pedido vem via equipe, nem sempre é o paciente que solicita. Então eu acho que assim, essa é uma característica bem específica do trabalho da psicologia hospitalar.*

O posicionamento de Gabriele não está tão marcado quanto o de Dandara, caminha entre o similar e o diferenciado. Traz semelhanças quanto às organizações, as competências necessárias, as problemáticas. Traça as diferenças nos fazeres: os

protocolos, os grupos, os pedidos de atendimento. Na fala dela, as particularidades estão na “instituição hospitalar”, não na psicologia no primeiro momento, mas na PH por consequência.

Chama atenção que se caracterize a PH como tendo uma “demanda invertida”. O adjetivo “invertida” traz a ideia de algo inverso, ao contrário, trocado. A demanda para PH seria invertida em relação à que? Seguindo a fala da entrevistada, em relação a uma cena genérica, que enquadraria toda a psicologia, onde o paciente vai em busca do profissional. O verso desse inverso são outras áreas de atuação da psicologia, onde o profissional é buscado, mas também, podemos hipotetizar que seriam outras áreas de conhecimento que compõem o hospital: a medicina e a enfermagem são buscadas, a psicologia busca. Essa diferença acaba por configurar um lugar institucional para o psicólogo hospitalar, como veremos em tópicos subsequentes.

Ana: Sim, bastante assim, bastante diferença, assim né, acho que tem suas relações assim, é... talvez até, assim, **eu acho que a diferença é muito/o foco é muito diferente**, né, no caso da sócio-educação, a sócio-educação ela te/ ela não/ela tem um caráter/**não tem um caráter assistencial como aqui tem**, apesar do você fazer um atendimento, até de fazer atendimento clínico com os adolescentes que eu acompanhava, mas também tinha uma área mais, uma situação mais da parte da psicologia jurídica, de fazer relatório, de **ter que subsidiar decisões aí judiciais** né. Eu acho assim o que **eu vejo de muita semelhança apesar de aparentemente não ter nada a ver**, é lidar com situações sociais, assim, porque estando num hospital, e especialmente aqui por ser um hospital de trauma, as situações sociais elas vem muito a tona, né, então assim... é... a gente aqui, é... atende muita situação de violência, muita situação que... que... assim, que mobiliza a situação. Então assim, paciente que, né, seja a questão da violência urbana... ou mesmo assim situações que os pacientes vivenciam por estar doente, então, quer dizer né... situação em relação ao trabalho, a renda, então **tem situações sociais que elas acabam emergindo no ambiente hospitalar**, né. Eu trabalho numa área que a gente tem atend/ muito, acaba tendo muito contato com conselho tutelar aqui, por que eu atendo área que atende as crianças, então assim, volta e meia eu tenh/ então assim, acaba que tem uma relação, mas assim, uma coisa que eu acho que, se pensar nas áreas assim, eu **acho que tem muito a ver com a prática nessa instituição**, assim, que acaba demandando essas situações, por isso que acabou sendo uma semelhança, mas acho que **em termos de atuação um pouc/ é diferente** assim, eu acho que ambas, assim, eu penso sempre em ter um olhar clínico onde se estiver, então acho que isso é uma semelhança, mas eu acho que **os objetivos são bem diferentes**, né, acho que nesse sentido é bem diferente.

A diferença parece difícil de delimitar também para Ana, acaba fazendo um vai-e-vem de semelhanças e diferenças. No discurso de Ana, a PH é assistencial (diferença), mas isso também aparece nos atendimentos da socio-educação (semelhança), PH não subsidia decisões (diferença), mas também tem situações sociais no hospital (semelhança). Ponderados os dois lados dessa gangorra, como quem vai construindo um conceito que acreditava ter, a semelhança parece estar no modo de pensar - ou seja, o olhar clínico, os assuntos que emergem - e a diferença no recorte feito - os objetivos e a atuação.

Dandara é uma veterana da PH, atuando há quase 40 anos, tem uma posição bem marcada, mas não a constrói no discurso. Gabriele e Ana, ambas em torno de 10 anos de atuação, trazem em seus discursos uma negociação, vão ponderando argumentos opostos para construir um posicionamento, que acaba por ficar ambíguo. Vejamos o discurso de uma novata:

*Camila: Então, desde a época da graduação eu já tinha muito interesse na área da saúde, tanto que meus estágios foram realmente direcionados pra área da saúde. É... e parecia muito óbvio pra mim, era uma coisa que eu/ é uma coisa que eu gosto muito de fazer e que eu gostaria muito de continuar, tanto que eu fui me especializando ao máximo pra continuar a trabalhar com saúde. E aí fui percebendo que a **saúde eu não trabalhava só dentro de hospital**, trabalhava em outros contextos de saúde também. E **até em contextos** como por exemplo da assistência social, que eu passei dois anos trabalhando no CRAS, eu conseguia fazer intervenções no sentido de saúde, mesmo estando em um ambiente que teoricamente não seria de saúde, né.*

Camila fala do desejo de trabalhar em hospital para trabalhar em saúde. No discurso dela, saúde é algo que antecede e transcende o hospital. "Saúde" é um direcionamento do trabalho que é possível "até" em contextos outros - o advérbio "até" carrega a ideia de inclusão de algo que não pertencia antes. Com essa ampliação, "saúde" não diferencia, não é objeto de monopólio da psicologia hospitalar, nem mesmo da psicologia praticada em instituições de saúde de modo geral, de outras áreas.

Qual seria a diferença então? A PH seria indiferenciada de outras áreas?

Vejamos mais alguns excertos:

*Camila: É... eu vejo hospital a gente tá na/ mais voltado mesmo, é, digamos assim, as outras intervenções giram em torno de uma patologia. Um exemplo, né, **gira em torno de um acometimento de saúde física**, é... e nos outros contextos... talvez não necessariamente. Como por exemplo, posso trabalhar com prevenção, posso trabalhar com... o acompanhamento, né. Mas no hospital a gente **tá mais voltado pra questão do adoecimento**, digamos assim, então o... **o contínuo, né, saúde-doença**, ele fica muito evidente no hospital. Talvez essa seja pra mim a diferença... né.*

*Eliane: Pois é, sabe porque eu me complico nessa pergunta? Que assim, eu vim de uma residência de oncologia e hematologia, e aí eu via bastante a psicooncologia, que era um contexto mais específico, né, hoje em dia eu trabalho numa unidade de emergência. Na unidade de emergência a gente tem um outro perfil que é muito diferente. É até difícil pensar na psicologia nesses dois espaços como... abarcado em uma só categoria, assim, digamos assim. Por isso que a única interseção que eu vejo assim é mais essa questão de **trabalhar o processo de adoecimento mesmo**, é, tod/ as intercorrências que acontecem durante a internação, então... o que esse sintoma representa pro paciente, porque que ele aparece e **as próprias questão hospitalares também**.*

*Gabriele: [pausa, suspiro] Bem, é uma área dentro da psicologia, uma área de atuação, né, mas acho que também é uma área de construção de conhecimento. E a psicologia hospitalar ela vai estar atenta às **questões emocionais em torno do adoecimento**, tanto dess/ do paciente, seja criança, adulto, adolescente, idoso, quanto o da família também, então acho que todas essas questões que envolvem o adoecimento. Então **pra mim a psicologia hospitalar é uma área que vai, é... trabalhar com as questões psíquicas em torno do adoecimento**.*

O “foco” tão citado nos excertos anteriores, que delimita a PH de outras áreas de atuação, é o adoecimento. O uso de “adoecimento”, em oposição a simplesmente “doença”, configura um objeto mais dinâmico. Trata-se de um processo, como coloca Eliane, um momento dentro de um contínuo onde a saúde física está acometida, de acordo com Camila.

A característica que distingue o hospital dentre as outras instituições de saúde, é que ele se propõe a tratar o momento do adoecimento, o que faz com que o objetivo das profissões que o compõe se voltem a esse objetivo institucional. A psicologia, como traz Gabriele, fica com as questões emocionais e psíquicas dessa função.

Para entendermos melhor o que isso significa, nos deteremos agora nos

objetivos, clientela e público do fazer da PH.

4.3. Clientela e objetivo institucional da psicologia hospitalar

Se assumimos então que o objeto institucional da PH são as questões emocionais do processo de adoecimento, cabe perguntar “questões de quem?”, ou seja, quem é o público-alvo desse fazer. E ainda, que objetivos se espera alcançar? Pra quem esse fazer tem de ficar visível? Como esse objeto esbarra em outros âmbitos dos outros agentes do hospital?

Essa última questão será tema do próximo tema, por ora, vejamos as respostas das entrevistadas à pergunta “pra quem você presta assistência?”:

Ana: No caso, na UTI neo eu vou atender basicamente os pais, né, dessas crianças, né, que estão internadas ali, então assim, eu faço uma/ levanto quem são esses pacientes, daí **você faz contato com essa equipe e consulta a prontuário pra saber como é que está o paciente, né, a parte do quadro clínico** mesmo, né, e daí pra conseguir então, poder **ver como que aquele paciente está em relação àquela situação que ele está vivendo**, então, **se ele está entendendo** o que está acontecendo, qual que é o **grau de sofrimento** em relação a essa hospitalização, né, **muitas vezes as demanda vem da equipe**, então eles solicitam “olha, essa família, tá assim, tá assado, tá com essa dificuldade” ou então “é um caso muito grave”, **solicitam aí o acompanhamento por função dessa gravidade da situação**. É... e daí normalmente são assim, a partir/ você faz esse levantamento aí você faz as visitas ao/ passa nos leitos, então na maternidade, são, né, os paciente são, né, normalmente estão internados, estão nas enfermarias, aqui é um hospital do SUS então é sempre enfermaria, né então, faz a visita à enfermaria.

Gabriele: ao mesmo tempo que sempre está tendo casos novos, tem os casos que eu também já estava acompanhando, né, porque isso vai rodando, **a própria equipe muitas vezes sinaliza**, né, via telefone ou muitas vezes quando eu subo lá, “ah, a gente observou tal situação, você tá acompanhando, não tá” né. A gente troca muito com serviço social também, pela população que a gente atende, tem muitos problemas sociais, né, eu realizo também vários encaminhamentos, muitas vezes no pós-alta, tanto pra criança, quanto/ é que daí agora eu to falando da neo, é que na neo é mais pras famílias [ri]

Eliane: [pausa] Geralmente... os pacientes que apresentam mais... olha, poderia falar de uma forma mais **teórica**, mas eu acho que **na prática a demanda da psicologia hospitalar acaba sendo a demanda da equipe**. É aquele paciente que acaba... **dando mais problema**, digamos assim, ou que tá muito deprimido. Quando a equipe traz isso, esse é o paciente que acaba **infelizmente** sendo prioridade da psicologia. Como eu tenho um

*número grande de leitos pra atender nem sempre eu consigo passar de paciente em paciente pra saber a demanda específica de cada um. Acabo... vendo mais os pacientes... que a/ que tem mais demanda/ que a equipe acaba demandando mais. Mas o que eu acredito que seria um paciente com demanda de psicologia hospitalar seria aquele que tem mais dificuldade de **aceitação** no seu diagnóstico e tratamento, ou que tem dificuldade de **adesão** ao tratamento, é... que... que... acaba não conseguindo se **adaptar** de forma alguma ao contexto hospitalar. Acho que adaptar é uma boa palavra.*

Comumente a demanda vem pela equipe. Uma primeira visão do paciente e de suas necessidades passa pela visão da equipe. As vozes desses outros agentes institucionais do hospital atravessam o discurso das psicólogas, de maneira direta em Ana e Gabriele e indireta em Eliane.

As duas primeiras relatam as solicitações de atendimento. Essa citação direta marca a heterogeneidade do discurso e responsabiliza as pessoas citadas pela enunciação. Quem pede por atendimento por situações graves em que os pacientes e familiares estão “assim e assado” são eles, é um discurso marcadamente externo a psicologia. Eliane diz que prioriza os pedidos, mas não os cita diretamente.

Ana inicia sua resposta na primeira pessoa, contando sua rotina, mas logo passa a usar um “você” genérico, que traz os interlocutores para seu discurso. Configura um paralelo entre equipe e prontuário: ambos são consultados pelas mesmas informações sobre o quadro clínico do paciente. As demandas que Ana avalia são vivência, entendimento e grau de sofrimento, a que a equipe encaminha para ela é relativa à “gravidade da situação”. Não fica claro se a gravidade que mobiliza a equipe a chama-la é física, psíquica ou se as duas são equiparadas.

Eliane separa uma demanda “teórica” da “prática”, como quem separa o que teoricamente está previsto, ou seja, o que deveria ser, do que “infelizmente” realmente acontece. Em seguida diz que “a demanda da psicologia hospitalar” é a “demanda da equipe”, seria a equipe a clientela da ph? Nos debruçaremos nessa questão adiante. Outro ponto do discurso de Eliane é a caracterização dos pacientes selecionados e

suas questões: “dando problema” (pra quem?), “aceitação”, “adesão”, “adaptação”. De certa forma, essas demandas da equipe em relação ao paciente dizem respeito a uma não conformidade ao lugar institucional de paciente.

Vejamos mais trechos relacionados às escolhas dos pacientes a serem atendidos:

Ana: É, eu atendo então na maternidade, aqui a gente é uma maternidade de “risco habitual” que eles falam, então não são situações de risco, mas eventualmente vai ter alguma situação em que a mulher vai ter o parto prematuro, que é bem frequente aqui no hospital, é... é... a gente tem aqui muita situação de dependência química, então são situa/ então assim, na maternidade eu atendo algumas solicitações, então assim, as vezes o médico pede uma/ um parecer da psicologia, normalmente pra quem que eles pedem, pros pacientes que são dependentes químicos que não fizeram pré-natal, né, que a gente vai avaliar aí então, né, o/ qual que foi a história disso, porque isso é entendido como uma negligência, né, com esse bebê, então assim, o que aconteceu, poder fazer uma avaliação aí nesse sentido, que nível é a dependência química, qual que é o risco envolvido, se tem risco pra criança, se não tem, é... e também as situações me que, é... basicamente nesse setor que é um setor grande a maioria dos casos eu atendo por solicitação mesmo né, então, às vezes o paciente que está aí, né, está com um quadro sugestivo de algum transtorno mental, então eles acham que ela está com depressão, acham/ ou já tem um histórico às vezes na gestação, que às vezes já vem esse histórico, é... Daí nesses casos assim, quase sempre a gente atende paciente e família, família aí o esposo, a gente tem muitas avós, então as mães das gestantes que são, costumam ser acompanhantes dessas pacientes né, e sempre atendo nesse setor as mães, que daí nesse caso normalmente eu faço por busca ativa.

Mais uma vez, Ana traz um discurso atravessado - “eles” falam de risco, “eles” acham que é depressão. O “risco” da maternidade parece ser físico em um primeiro momento - é o risco de um parto prematuro, é nomeado por “eles”, justifica uma internação - e isso o faz um risco psicológico - precisa ser avaliado e documentado pela psicologia. Além desse perigo físico-psíquico, são solicitados os casos de dependência química e transtorno mental, esses dois últimos parecem ser uma regularidade nas entrevistas.

Gabriele: Na realidade eu tento sempre observar assim, né, se a/ se existe alguma questão... às vezes a gente observa assim, que tem família que tá extremamente ansiosa, assustada, né, às vezes o atendimento... às vezes você vai fazer um atendimento ali junto com aquela entrevista, que depois... é... n/ de repente você dali uns 2 dias passa, a família tá mais tranquila, né, ou às vezes eles mesmo dão uma devolutiva “nossa, foi bem importante ter... ter conseguido falar”, né, é... e tem casos, que às vezes demanda um

acompanhamento, por exemplo assim, eu observo que às vezes a gente tem famílias ou mães que tem bastante **difículdade de vínculo** com o bebê, então a gente acompanha mais de perto, né, é... ou até assim, às vezes já tem um **transtorno mental** anterior e aí/ que durante o período de internação isso fica exacerbado, né, é... seja ansiedade, depressão, às vezes até alguns transtornos psicóticos mesmo, e que aí a gente tem que ficar mais... acompanhar um pouquinho mais de perto, né, é... às vezes famílias/ às vezes em situações que às vezes, é... diante de algum diagnóstico que a família não esperava e que tá muito difícil lidar com aquilo, então acompanho um pouco mais de perto no sentido de... é... **propiciar que eles tenham um espaço pra poder falar e elaborar** psiquicamente, né, é... essas vivências que eles estão tendo, **às vezes a própria família pede**, né. Então eu vejo que isso também, às vezes tem momentos do internamento, vamos supor, uma internação longa, às vezes num momento inicial... você vai acompanhar mais de perto, depois as coisas... é... você não vai precisar continuar assim tão de perto. Aí às vezes no começo tá tranquilo, mas no decorrer da hospitalização acontece alguma coisa, ou às vezes a própria família tem dificuldade em se organizar, começam a aparecer alguns conflitos, algumas questões começam a aparecer e aí a gente vai precisar fazer uma intervenção. Então isso depende muito do caso a caso, né, mas a ideia inicial, até quando eu falei das buscas ativas, é que a gente possa fazer essa primeira entrevista e também oferecer o serviço, pra que a família saiba também que existe, caso eles precisem, que eles podem solicitar, como eles podem solicitar, né. Então é nesse sentido assim, é... mas eu sempre tento estar atenta, é... se... se existe alguma questão emocional, psíquica que naquele momento tá mais exacerbada. É... **e também se a família tem desejo/** eu digo “família” porque como eu trabalho com os bebês é mais família, se tem o desejo de/de poder est/ é... de falar disso, né, porque **às vezes tem pessoas que sinalizam**, é “não, eu não... eu não quero”, né... Então é mais acho que nesse sentido, não sei se me fiz clara. É que pra mim parece que está tão internalizado que daí a hora que a gente começa a falar fica... parece que um pouco difícil de colocar em palavras aquilo que tá... tá na prática, sabe.

Nessa fala é objeto da PH transtornos psíquicos prévios e/ou estados emocionais. Essa adição aos critérios torna a escolha da clientela mais variável, os casos atendidos mudam. Aparece aqui o discurso dos sujeitos atendidos (no caso, familiares de pacientes) avaliando os atendimentos, os solicitando ou rejeitando. Ainda que esse movimento seja excessão (vem sempre marcado pela expressão “às vezes”, sinalizando que não é o habitual) marca-lo no discurso coloca os familiares na posição de clientela - é o desejo deles que importa, não o da equipe, como vinha aparecendo até então. Vemos se configurar também os objetivos das intervenções: observar e oferecer um espaço de elaboração.

*Eliane: Tem **algumas** demandas que **independente da equipe** ela já é selecionada, eu já atendo de qualquer forma. Por exemplo a **tentativa de auto-extermínio**, que aí não/ independe da demanda da equipe, quando tem*

esse diagnóstico... “diagnóstico”, digamos assim, eu vou atender a paciente.

As demandas que não passam pelo crivo da equipe para serem selecionadas aparecem aqui mais uma vez marcadas como excepcionais e ligadas a demandas clássicas de saúde mental, como a tentativa de suicídio.

*Camila: Mas um dia comum, geralmente tinha algum **óbito pra acolher, como a gente chamava**, né, que era a notificação médica e em seguida é feito o acolhimento pela parte da psicologia e a questão burocrática pelo serviço social, né, então **a gente entrava nesse acolhimento**. Em seguida era feito a ronda, né, na urgência, no setor de urgência, pra saber quais pacientes que estavam lá, quais pacientes que a gente ia, é... acompanhar durante aquele dia e... ver quem/ quem eram os pacientes, né, **se tinha criança, se tinha idoso, se tinha adolescente**. E nesse/ até aquele momento que eu estava lá, é... todos ficavam no mesmo salão, como se fosse um salão grande em que ficavam várias macas. Então não tinha separação, entre adultos, crianças. Então as crianças que estavam lá, presenciavam todo o resto. E isso pra gente da psicologia era algo que era muito... complexo, né, de como conseguir acolher essa criança de uma forma que, **além do traumas**, não fosse algo, digamos assim, um plus desnecessário, né, mas era a realidade. Então quando tinha criança, a gente já **direcionava o foco, pras crianças**, é... pra ver como tava a situação da família, pra ver como a criança estava, muitas vezes fazer umas intervenções de **manejo emocional** naquele primeiro momento, né. Quando tinha **idosos**, pra saber a situação familiar do idoso, se tinha algum caso que a gente precisasse intervir para além do ambiente da urgência era feito também, né, e por **demanda espontânea**. Então muitos pacientes nos chamavam pra pedir alguma informação, pra saber se ia sair a cirurgia ou não. [...] Então... os familiares ficavam na recepção e a gente fazia o boletim informativo. A assistente social passava as informações e aí **enquanto psicóloga eu estava ali pra acolher** as situações que aparecessem, né. Esclarecimento de alguma situação, até de repen/ é... de repente... acolhimento de... de um... digamos assim, **desequilíbrio emocional**, “desequilíbrio” entre aspas bem grandes, né, mas assim... é um momento bem difícil pra todo mundo que está ali. Então... muitas vezes o acolhimento era realmente o principal a ser feito. [...] no caso de paciente que chegava muito grave. Muitos pacientes quando chegavam já, assim, morrendo, literalmente, o familiar chegava desesperado, ele precisava fazer uma ficha pra poder dar início ao tratamento, e o familiar não sabia por onde começar. Então eu acompanhava o familiar até o balcão da recepção pra fazer passagem de informação, tirar as dúvidas iniciais, informar como seria feito o tratamento, tudo isso. E... e isso dava, digamos assim, manejava as demandas iniciais e o familiar já aguardava pra próximas informações. E, além das visitas, da ronda, das crianças, dos idosos, a gente informava os óbitos, né, a questão do acolhimento dos óbitos e acompanhava quando necessário o familiar até o necrotério pra fazer o reconhecimento, a gente fazia isso também.*

Na fala de Camila, são objetos da PH óbitos (interessante que ela fala em óbitos, mas não em luto ou enlutados, trazendo a linguagem incorporada da medicina), faixas etárias vistas como mais vulneráveis (crianças e idosos), “demandas espontâneas” e “desequilíbrio emocional”. Os objetivos são manejar essas respostas emocionais,

evitar traumas “além” e desnecessários (pressupõem-se que em algum nível a hospitalização será inevitavelmente traumática) e principalmente o acolhimento. A clientela dessas intervenções são os pacientes e familiares.

Dandara: Olha, eu acho que tanto pode ser o próprio paciente, a própria família, a própria equipe, né, que discute o caso junto, o próprio psicólogo, eu acho que em... de vários lugares diferentes pode vir essa demanda, de várias instâncias e várias pessoas, essa demanda pode vir. Assim, nem toda avaliação que a gente faz significa uma intervenção, mas eu acho assim, como nós somos extremamente singulares, né, também... o que pode ser um pedido que aparentemente é bobo, né, e a gente vai lá e vê que não é nada bobo, que sim, existe uma necessidade... como em outro caso esse mesmo pedido não... não faz eco, não tem sentido. Então é bem delicado, né, lógico, entre uma depressão maior, é... eu nem sei te dizer se eu acho que entre uma depressão maior e aspectos depressivos de reação a um determinado luto, tem características distintas, mas eu acho que os dois cabem a um olhar, uma intervenção. Quer dizer, algum... não necessariamente um acompanhamento, mas uma resposta, uma intervenção, sim.

Nessa fala a clientela são todos os agentes institucionais, que recebem uma assistência em função de uma demanda. Não fica claro como essa demanda chega, se são solicitações ou buscas, mas são legitimadas como demanda para PH por critérios subjetivos do psicólogo - eco, sentido. Relata pedidos “aparentemente bobos”, mas bobos para quem? Podemos especular que são bobos a partir de um critério inicial da psicóloga, ou para outros agentes, e o que ela traz nesse trecho da entrevista dialoga com outros discursos sobre a relevância dos pedidos.

Gabriele: Daí, assim, na enfermaria 4, que é enfermaria clínica, também atendo, mas daí é mais por solicitação, sabe, às vezes daí a criança também, a família, depende da demanda. Daí como a gente sempre tá nas unidades, eu percebo também que o trabalho com a equipe, a gente não tem um trabalho estruturado, mas é mais uma escuta, às vezes algumas orientações, às vezes alguns apontamentos até... né, em relação... a como aquele membro da equipe tá lidando com aquele caso.

A solicitação sinaliza uma demanda do paciente ou família, mas também da equipe. Nesse fala, a equipe se configura como eventual público-alvo da intervenção da PH. Parece um pressuposto na fala de que deveria haver um trabalho estruturado para a equipe, como há para os pacientes. O objeto da PH, aqui, é também o

enfrentamento da equipe em relação a um caso, a um adoecimento.

*Eliane: Pois é, acho que tem alguns... algumas coisas, assim. É... muitas vezes a psico/ quando o... o **psicólogo hospitalar é chamado, tem a confusão com o psicólogo institucional**. Muitas vezes a equipe quando nos solicita na verdade quer um acolhimento, né, da nossa parte, **um acolhimento pra própria equipe, não bem/ não propriamente do paciente**. Eu acho que até... eu particularmente **fico um pouco confusa, porque me parece que essa seria uma demanda da psicologia institucional**, deveria ter um profissional que conseguisse acolher a equipe, mas como não é/ a gente não tem esse profissional eu acabo também fazendo esse acolhimento à equipe. Mas assim, eu vejo que eles... solicitam... é... eles dão um lugar de importância da psicologia, com certeza, é... mas é mais nesse sentido. **Quando o paciente tá choroso, quando acontece uma situação de crise**, aí eles recorrem a psicologia. Mas eu vejo que é uma construção também, quando eu cheguei eu não era tão solicitada, hoje que eu já conquistei **um lugar, um espaço, um vínculo com essa equipe**.*

O choro e a situação de crise sinalizam, respectivamente, desequilíbrio ou sofrimento emocional e paralelismo entre a gravidade física e a psicológica - objetos da PH em conformidade com trechos precedentes. Se em sua resposta anterior (analisada no início dessa sessão) Eliane vinculava as demandas da PH “infelizmente” à equipe, aqui ela afirma os pacientes como clientela exclusiva, rejeitando a ideia da demanda da equipe compor seu escopo. São as solicitações da equipe que constroem um lugar, mas esses pedidos provêm de uma confusão com um outro lugar, o de psicólogo institucional, operando uma separação.

Entre solicitantes e clientela, a equipe faz importantes relações com a psicologia no hospital, sobre as quais nos debruçaremos em seguida.

4.4. Relação da psicologia hospitalar com outras profissões

Nas sessões anteriores já vimos a equipe composta pelas outras profissões atuantes no hospital configurar-se como demandante, solicitante e, também, como a instância que dá reconhecimento à PH. Nas entrevistas, a equipe foi igualmente

citada, e com regularidade, nas respostas acerca das satisfações e frustrações da área.

Legal... e nesses trabalhos, o que você considera mais satisfatório?

*Dandara: [...] Então eu vejo o profissional de psicologia inserido, é... dentro de clínicas. Eu acho o trabalho **mais lucrativo**, diferente do que resposta a parecer simplesmente, que também uma função, mas eu acho que uma andorinha não faz muito verão, acho que **quando a gente está integrado na equipe é melhor**.*

E o que que você acha mais difícil então?

*Dandara: **Com as equipes** [risos].*

*Ana: É... mas assim, eu acho que muitas coisas assim, eu ach/ esse/ eu acho uma coisa que ainda assim, que eu vejo que toda área da psicologia se trabalha com equipe e me parece que dentro a gente aprende “ah, **dinâmica de grupo**, é não sei o que”, mas assim eu acho que **a gente ainda tem dificuldade** de se/ né, a gente as vezes fica **naquele nosso mundo da psicologia** se achando o máximo, **não consegue conversar com outros profissionais**, então/ parec/ e assim, eu acho que em geral a tua formação você tem um/ não sei, acho que pouco, acho que a gente precisa buscar muito fora*

*Gabriele: Ah, eu acho que bem difícil, é... **o trabalho com a equipe**, porque eu vejo assim que a equipe de saúde julga bastante, mas eles não param pra escutar e às vezes pra compreender, e eu sempre falo que compreender não é defender, não é... porque eles acham que às vezes “ah, então...” é... **eles julgam** muito assim, às famílias, a maneira como... é... os pais tratam os seus filhos, ou às vezes situações de abandono, né... ou... e eu acho assim, que às vezes **a equipe nunca para** pra entender, e **nem é, né, claro, [suspira] a função**, um enfermeiro vai ter uma outra atividade, mas assim eu sempre penso que **a gente da psicologia**, é, acaba escutando e entendendo muito o contexto daquelas pessoas... né... é... e compreendendo, e eu acho que, é, **a equipe de saúde muitas vezes julga**, julga a mãe, às vezes julga o paciente, às vezes eu percebo assim, que **pra eles** é tão difícil lidar com determinada patologia, ou em ver uma criança, às vezes num condição de vida muito complicada por conta de uma doença, ou por uma série de perdas, é... e aí... é... perdas... é... físicas, é, simbólicas também. E aí eu acho que a equipe acaba muitas vezes assim, daí, julgando “esse paciente é um chato, por que... por que essa família, ai, que essa mãe não veio, deve tá namorando”, ontem ainda eu escutei isso, daí eu penso assim “meu deus, ok, e se ela estiver namorando, problema é dela, né”. E assim, pensando nesse caso em específico, é uma mãe que não tem rede de apoio, que pra ela a situação tá bem difícil mesmo e que em alguns momentos ela precisa sim sair do hospital, mas... eu acho bem difícil, porque daí às vezes se **a gente tenta**, né, colocar algumas coisas nesse sentido, eu percebo que a equipe tem bastante resistência, sabe, **eles acabam** julgando muito, agindo com muito preconceito, sabe. E... e às vezes ninguém para pra escutar, pra entender o contexto. [...] alguns profissionais, **alguns colegas, eles são mais sensíveis** pras questões psíquicas e aí **a gente consegue conversar** mas infelizmente outros não, sabe, então eu acho que é bem difícil assim isso, dessa questão com a equipe mesmo.*

Trabalhar em equipe, quando feito de forma conjunta e integrada, é promissor e satisfatório, ao mesmo tempo que é fonte de dificuldades. Nessa ambivalência, a

satisfação e a dificuldade parecem ter uma raiz comum: a possibilidade de uma interlocução entre diferentes saberes.

Essa dificuldade de conversar com outros profissionais Ana atribui à psicologia, independente da área de atuação, devido a uma insuficiência na formação. Aprende-se uma técnica estruturada para interpretá-los como grupo, como observador externo, mas não a dialogar com esses diferentes saberes como parte de uma mesma equipe. Acaba-se por isolar-se na comunidade discursiva da psicologia, se sentindo “o máximo” por ter uma visão diferente dos demais.

Essa visão diferente que Gabriele se frustra por sua equipe não conseguir assimilar, mesmo concedendo entre suspiros que eles possuem outras funções, funcionam de outra forma, parece haver uma necessidade de que eles incorporem um discurso diferente, que já é naturalizado para “a gente” da psicologia. Apesar de toda dificuldade, é uma tarefa possível por vezes, quando “os colegas” são sensíveis a esse discurso - afinal, diálogo requer um esforço dos dois lados.

As pessoas verbais e os pronomes na fala de Gabriele marcam posições. Ao falar da psicologia, usa sempre a primeira pessoa do singular ou do plural - quando fala de situações específicas que ela passou no trabalho usa “eu”, quando pondera reflexões e funções próprias da psicologia, usa “a gente”. Coloca-se separada das demais profissões ao referir-se sempre na segunda pessoa - “a gente escuta” em oposição a “eles julgam”. Falando dessa diferença, os chama de “equipe de saúde”, quando relata aproximações, “colegas”.

Dandara: Eu acho que... a subjetividade humana, né, o psiquismo, as coisas que nós lidamos, eu brinco que às vezes nem a gente mesmo quer saber dela muito, né. Então... assim, transmitir a compreensão desse aspecto, solicitar, né, às equipes de saúde esse olhar diferenciado pra isso, as vezes é mais complicado, não que não se interessem, mas por que são... é... os afazeres do dia a dia são corridos, enfim... é necessário que seja criado um espaço no serviço pra discussão disso, especificamente., com calma porque, coitados, os enfermeiros correm o dia inteiro, médico corre o dia inteiro. Então eu acho que tem que ter um espaço de discussão clínica pra gente poder fazer e... conquistar esse trabalho que não é só nosso, né, é da equipe

toda, um olhar... pro psíquico. Integrar o físico e o psíquico, né, saber que a gente só separa pra estudar, mas que a gente funciona integrado.

Fabiane: Em Recife, né, como é um grande polo, né, eu participava de 5 grupos de estudos, e dentre eles, à época eu trabalhava com a... abordagem psicanalítica, eu tenho aperfeiçoamento em psicanálise, então trabalhei vinte anos com essa abordagem, dos... 20, os últimos 5 anos, né, leitura de Freud a Lacan... e... depois pelas circunstâncias da minha vida e posso dizer que especificamente dentro do próprio... contexto hospitalar, é... eu percebi que... os meus colegas do grupo multiprofissional e multidisciplinar, eles não... não conseguiam alcançar uma linguagem mais subjetiva, né, e isso me mobilizou também a ser mais prática, né, mais pragmática, né, nas devolutivas.

Ainda sobre a dificuldade de diálogo, Dandara, em um intertexto com o discurso da psicanálise, fala sobre transmissão do psiquismo. A subjetividade e o psiquismo são trabalho da equipe toda, mas é só o psicólogo que compreende esse aspecto, e cabe a ele transmiti-lo. Para fazer isso, é preciso espaço (de tempo, presumivelmente). A transmissão do psíquico, função do psicólogo, demanda pausa, um espaço de tempo, na correria dos agentes do hospital, indo na contramão do funcionamento da instituição. Essa transmissão, na fala de Fabiane, é inalcançável para a equipe, para possibilitar o diálogo ela precisou mudar (descer?) seu discurso. Além disso, opera na fala de Dandara uma mescla e indiferenciação entre sujeito do conhecimento e objeto do conhecer e entre olhar para clientela e para agentes.

Essa dificuldade com as outras profissões é uma regularidade nas entrevistas, mas há também falas sobre o trabalho que é possível em conjunto.

*Ana: Então assim, minha rotina basicamente é assim eu/ a gente faz acompanhamento nesses setores, então eu passo no setor, né, faço o levantamento de necessidades, **junto com a equipe**, né, é... em algum setor, no caso na UTI **a gente participa de visita multiprofissional** [...] esses casos **eu já monitoro junto com a equi/** né com equi/ não/ a gente **às vezes vê também pelo próprio sistema**, né, eles colocam “ah, o paciente está internado por isso e isso”, então já consigo levantar ali quem que está internado, por qual motivo está internada né, e daí, assim, e assim também os casos que eu faço é/ muitas vezes é por solicitação, mas também faço busca ativa.*

*Gabriele: a própria equipe muitas vezes sinaliza, né, via telefone ou muitas vezes quando eu subo lá, “ah, a gente observou tal situação, você tá acompanhando, não tá” né. A gente **troca muito com serviço social** também, pela população que a gente atende, tem muitos problemas sociais, né, eu realizo também vários encaminhamentos, muitas vezes no pós-alta,*

tanto pra criança, quanto/ é que daí agora eu to falando da neo, é que na neo é mais pras famílias [ri] é... mas, daí a gente tem uma vez na semana a visita multiprofissional, que é o momento de discussão, né. Aí também, sempre a gente tem que fazer/ é... a gente assim... né, nos nossos protocolos aqui do serviço a gente faz registro em prontuário e também a gente faz, no multiprofissional, e a gente tem um prontuário interno da psico, né, então... [...] e aí, no prontuário multi, uma coisa mais sucinta, mas que comunique algo, e no prontuário, é, daqui da psico, é, que daí a gente descreve, faz registro mesmo de atendimento, e daí isso demora um tempo.

Ana se coloca junto com a equipe ao fazer levantamentos e monitoramentos, mantendo a lógica da equipe informativa do quadro orgânico, que faz o papel do sistema. Gabriele conta desse contato burocratizado por prontuários, mas também tem um momento estruturado de discussão, a visita, e “trocas” com outra profissão. Essa terceira forma de comunicação, aparece no discurso como mais espontânea, sem a rigidez de algo estabelecido, e que surge a partir das demandas da clientela - pela população atendida.

Camila: Eu gosto muito de trabalhar com... com acolhimento. E eu acho que é uma parte que é extremamente importante pra quem chega sem saber de nada e com muito medo, né. E por trabalhar/ eu trabalhava e trabalho muito, desde a graduação, há mais ou menos uns 7 ou 8 anos, eu faço parte de um grupo de estudos do luto aqui de Belém, que é o laboratório de estudos do luto e saúde. E então... era impossível não olhar aquele ambiente com um olhar de... de um tanatólogo, digamos assim, de um ambiente em que a morte se fazia muito presente. É... eu passava 12 horas no hospital, né, então... é... eu podia acompanhar alguns pacientes do início ao fim, digamos assim, num dia só, né. E no início do plantão, geralmente, no início do plantão, é feito a passagem de plantão como em outras categorias profissionais, a gente conversava com um colega do turno anterior pra saber o que tinha acontecido.

Fabiane: Bom, ao longo da minha história posso dizer que enfrentei muitas dificuldades com equipe, equipe multi profissional, aliás, não da equipe, né, partindo da própria direção, né, dos hospitais, né, geralmente quem ocupa esse local profissional administrativo sempre é médico, né, ou um administrador, um sanitarista, mas é raro existir sanitarista, eu sou/ eu tenho também especialização em sanitarismo. Aliás, eu tenho... 7 especializações... um mestrado e um doutorado, e dos 7, né, a... a... da... tenho: hospitalar... e domiciliar, sanitarismo e administração hospitalar.

A tanatologia e o sanitarismo as colocam no guarda-chuva de profissionais de saúde, não marcam diferenciação da psicologia, que em outros momentos do discurso, é tão apartada dos demais. Camila, ao falar de acolhimento e de passagens de plantão, enfatiza que é como as outras profissões. Algo da instituição hospitalar

os uniformiza. Fabiane, ao se colar aos discursos sanitaristas e administrativos, se aproxima do lugar institucional reservado ao médico, que geralmente ocupa uma posição hierárquica superior.

*Dandara: Assim, eu acho que [risos] é... como eu te falei, eu acredito que é muito mais eficaz o trabalho pro paciente quando a equipe é **integrada**. Eu acho que é... **paralelo**. Médico, enfermeiro, nutricionista, fisio **são... são... não vejo nem hierarquia nenhuma. Apesar** de saber que o hospital primorardialmente, digamos, é um... ninguém vai lá procurar psicólogo, vai antes porque tá doente, né, fisicamente, mas eu acredito que haja um... **paralelismo**. Acho que tem que ter uma **integração** entre... **não é nem inter, nem intra, nem multi, transdisciplinar**, eu acho que é **inter, multi e trans**, tudo junto.*

Essa fala de Dandara é marcada por contradições e acaba por confirmar o pressuposto que quer refutar. Paralelismo não é integração, pelo contrário, é por definição algo que nunca se encontra, que mantém sempre uma distancia. Mesmo assumindo a definição de “paralelo” como coisas feitas ao mesmo tempo, na mesma direção ou equivalentes, a separação se mantém e não sustenta a ideia de integração que a entrevistada anuncia. Outra contradição é afirmar que a relação entre as disciplinas não é nada e em seguida que é tudo, rejeita todos os prefixos para em seguida assumi-los todos juntos de uma vez.

Não completa a frase em que ia nomear os agentes da equipe e resolve mudar o raciocínio para falar de hierarquia, produzindo um anacoluto que nos deixa sem saber o que eles são, afinal. A ideia de hierarquia vem com uma tripla negativa (“não”, “nem”, “nenhuma”) seguida de uma conjunção adversativa (“apesar”). Há hierarquia de saberes.

*Eliane: [pausa] olha... eu **tento horizontalizar** mesmo, assim. Eu acredito que a psicologia ela tem um discurso, uma forma/ um pensamento crítico que **difere de muitas das profissões**. Então muitas vezes quando a gente tem essa questão por exemplo de... conflitos entre a equipe é o psicólogo que é chamado pra **intervir e mediar**, mas... eu **acredito bastante na horizontalidade**. Acredito que... não sei, eu acredito que nessa posição **meio multi** mesmo [risos].*

Em um movimento parecido de antítese, Eliane fala de horizontalidade e

demarca diferenças. A horizontalidade está na tentativa e na crença, mas o trabalho exclui o psicólogo. Afinal, intervir e mediar são movimentos possíveis para quem está olhando de fora.

Vamos a mais um excerto para pensarmos na relação da PH com outras profissões:

E o que é mais satisfatório?

*Gabriele: Ah... é... quando você vê assim que houve uma evolução, que aquela **família tá conseguindo lidar melhor** com determinada situação, né, ou mesmo a criança, sabe, a criança... é... nossa, foi bem gratificante, até agora lembrei de um caso que eu atendi faz uns 15 dias, assim, era uma menininha que ela... ela teve... ela foi picada por um carrapato e aí ela paralisou toda, assim, sabe. E aí... ela tinha muita **resistência em fazer fisioterapia** e eu comecei aten/ **veio o pedido de atendimento**, eu comecei atender ela, tava aqui na enfermaria, e... e pelo lúdico, assim, as brincadeiras dela era sempre com materiais médicos hospitalares e era sempre furando muito a boneca e fazendo acesso, e aí ela foi... daí **a gente foi trabalhando**, assim, algumas questões da vivência dela pelo simbólico e daí a questão da dificuldade com a fisio, depois eu levei alguns animaizinhos e a gente brincando com massinha, ela começou a trabalhar a questão das pegadas. E ela chorava muito pra fazer a fisio e daí no/ daí **a gente construiu um caminho** pra ela lá na enfermaria também, a partir da brincadeira com animais, sabe. Eu só sei que no finalzi/ assim, nos dois últimos dias, ela tava quase indo de alta, ela tava já andando, e ela não tava mais, assim, chorando, e eu acredito muito que isso teve uma/ teve/ **isso é resultado também do trabalho da psicologia**, porque essa menina teve a oportunidade de simbolizar de falar da vivência dela pela brincadeira, sabe. Então acho que isso é bem gratificante, sabe. [...] Só que **esse é um trabalho que não aparece**, assim, tipo, **a equipe muitas vezes não percebe** que “ah, foi em função da intervenção da psicologia”, né, mas é, mas a gente sabe, eu acho que é um trabalho que não é um trabalho assim... que às vezes é... concreto assim, que é diferente de ah, você medicou e ela melhorou, né, mas é bem legal, aí teve também uma outra situação recente que daí também, assim, era uma mãe que estava bem deprimida, eu comecei atender, daí esse até a equipe falou “nossa, depois da intervenção da psicologia, assim, as coisas fluíram e a criança acabou indo de alta também”, mas tinha toda uma questão da relação com a mãe, então acho que essas coisas elas são gratificantes, assim, sabe, **de você perceber que... que o teu trabalho, é... é importante, pra muitas pessoas**. Claro que tem alguns casos que não dão certo [ri], mas tem muitos que dão.*

Gabriele relata um objetivo - algo que ela busca alcançar, que a satisfaz em seu trabalho - de fazer a clientela lidar melhor com suas questões. Nos exemplos, os objetivos que se configuram são uma simbolizarão e elaboração da doença e tratamento, mas também uma resposta ao pedido da equipe. Conta de um trabalho que realizou em conjunto com outra especialidade (fisioterapia), usando a segunda

pessoa do plural. Há uma especificidade, um momento separado entre psicóloga e paciente (as simulações com a boneca), mas também momentos compartilhados (as pegadas, a construção do caminho) e um resultado que é também compartilhado - por ajudar a elaborar, a psicologia, em conjunto com a fisioterapia, a ajudou a voltar a andar.

Mesmo trabalhando junto, a psicologia se diferencia por não produzir um resultado concreto, dimensionável, diferente do restante da equipe, que acaba tendo dificuldade de percebê-lo. É através das devolutivas de pacientes, familiares e da equipe que o trabalho da PH ganha importância. Por fim, para a PH como instituição, a equipe parece flertar com a posição de clientela, mas, de maneira geral, é público. Isto porque, por vezes, o objetivo da PH é o de atender as demandas da equipe, seus membros são atingidos pela ação institucional, e geralmente é para ela que as ações da PH tem de ser visíveis.

4.5 Lugar imaginado e atribuído à psicologia no hospital

Se anteriormente já citamos a diferença do tempo de atuação das entrevistadas em nossa análise, neste item esse dado se torna ainda mais relevante. O lugar institucional da PH é reconhecido como fruto de um esforço de uma categoria profissional, mas também, e talvez principalmente, como uma construção individual.

Começando pelas participantes com mais tempo de carreira que nos contam de um pioneirismo:

*Dandara: 39 anos no hospital dos servidores do estado e ainda trabalho... dou uma **supervisão** no [inaudível] uma vez por mês.
E como se deu a sua entrada no hospital?
Dandara: Foi completamente ao acaso, como foi há muitos anos atrás, uma*

*professora, eu tinha uma professora... que tinha sido minha professora na XXX [faculdade particular onde se formou], eu estava andando num corredor lá da XXX que eu tava [inaudível] e ela me disse que tinha um trabalho, eu estava até na área de RH, só pra [inaudível] instituição com criança e pediatria, que ela tinha sido convidada e não podia, não pôde aceitar, se eu queria. Aí eu disse que eu queria, foram entrevistados 5, escolheram 2 psicólogos, uma foi eu, duas psicólogas no caso, eu e M. **A história toda da inserção nossa, tem uma dissertação de mestrado** que é "a inserção do psicólogo em hospitais gerais do Rio de Janeiro" da F.S. que conta toda essa história também, se você quiser, pra consulta, é da faculdade xxx*

*Fabiane: Tá, então retomando, o... o curso que a M. ofereceu na época, era um curso que nós tínhamos que, é... formar, né... dois grupos: um atendendo pacientes com câncer e outro grupo atendendo pacientes com AIDS. Foi um período em que a doença começou a dar sinais, né, dentro das instituições de saúde, no caso, a AIDS, e... o... lá em Recife, a dificuldade era ter uma equipe multiprofissional com experiência, né, em... doenças terminais, não em pacientes terminais, mas doenças terminais. [...] E daí eu me... propus a... a... a... atendê-los, tá. Mas enfim, então **eu fiz parte do segundo grupo que implantou o serviço, não foi implementou não, implantou serviços no hospital** C. R. em Recife e no hospital S. J., em Recife. Pronto. Já respondi, né?*

Dandara e Fabiane dão suas carteiradas, expondo sua autoridade no assunto.

A inserção de Dandara é equivalente à inserção da psicologia nos hospitais de sua cidade. Ao ser perguntada sobre sua inserção, referência um trabalho acadêmico sobre a inserção da própria PH, equivalendo-as.

A história pessoal e a inclusão da psicologia estão emparelhados também no discurso de Fabiane, que relata um trabalho que ia ao encontro da demanda do contexto social da época. Na confusão entre as palavras parônimas implantou e implementou, traz as ideias de que introduziu e pôs em prática, preferindo a introdução à realização, destacando mais uma vez o vanguardismo do trabalho.

Atualmente, Dandara ocupa a posição de supervisora, atuando como uma consultora externa, posição de quem se supõe um saber. A posição de Fabiane (atualmente professora) será analisada mais adiante. Vejamos a entrada das outras psicólogas no hospital:

*Ana: Eu entrei no hospital por **concurso** público. Então é o concurso público da secretaria do estado da área da saúde, daí a... eu optei pela vaga no hospital. Não tinha experiência na área hospitalar, na verdade **era pela outra opção que não me interessava** mesmo assim, que era na área... era... na sócio-educação. Na verdade já até trabalhei na sócio-educação, justamente*

por isso queria sair, daí foi naquele momento foi uma escolha mais por um... assim, né, **não era uma escolha de trabalhar em hospitalar**, né, assim, apesar de eu gostar da área da saúde, mas não tinha experiência anterior na área. [...] Então, foi algo assim que eu, como eu te falei, **eu entrei aqui sem conhecer tanto a área**.

E você pretende continuar nessa área?

Ana: **Eu gosto**, então assim, **apesar de eu ter entrado via concurso público** meio, né, sem saber o que eu ia fazer aqui, então o que eu fiz, fui atrás de estudar, de/ e hoje eu sou muito envolvida na área assim, então assim, eu participo da comissão do conselho de psicologia, que a gente discute muito a área, muito a atuação, né, eu acabei buscando fazer, né especialização, então assim, eu acho que hoje eu gosto muito da área assim, né. [...] Mas assim, hoje, assim, eu gosto, gosto muito de trabalhar nessa área e eu dentro da atuação aqui pel/ dentro do hospital já **transitei muito dentro do hospital**, então hoje, assim, a pouco tempo que estou nessa área mais materno-infantil e **hoje** estou bem apaixonada por isso, então buscando estudar sobre isso agora, né, porque... **então... não sei**, acho que sim [risos]

Eliane: Puxa, então, eu gostava muito da pesquisa na graduação. Eu fazia pesquisa na parte de morte, de criminalidade. E aí eu **queria uma área que eu pudesse ver um pouco disso na prática**. Eu sempre quis seguir a carreira acadêmica mas eu quis ver como isso funcionava na prática também. E aí eu decidi tentar a residência multiprofissional na oncologia e hematologia, que **eu sabia** que é onde eu ia encontrar um número maior de... **ah, eu pelo menos acreditei [risos]** que teria um número maior de pacientes... terminais e... esse tipo de público. E aí eu me apaixonei pela assistência e **acabei ficando**.

Algumas entrevistadas, como Dandara e Ana, caíram “de paraquedas” no hospital e foram construindo uma imagem da área que elas não tinham previamente. Outras, como Eliane, entraram no hospital com expectativas moduladas por ideias já construídas.

Ana escolhe a área pelo negativo, pelo que ela não é, caindo no desconhecido para evitar o que conhece e não gosta. Gosta *apesar* da maneira como ingressou, faz essa concessão ao pressuposto de que devido ao seu ingresso corria o risco de não ter afinidade com a área. Pretende continuar *hoje* pois está envolvida, insinuando que, no dia que não estiver, sua pretensão pode mudar. O lugar ocupado é dinâmico, permite-lhe transitar, o que, até agora, tem evitado desgaste.

Eliane estava interessada em ver os sujeitos dos discursos das pesquisas. Tinha uma expectativa, uma imagem anterior configurada pela teoria (que era uma certeza, se constituiu como um saber), que ela não diz se corresponde (e que agora ela é até

engraçada, risível), mas satisfaz.

Uma pergunta específica para delinear o lugar ocupado pela psicologia no hospital foi incluída na entrevista; a saber: *Se você fosse pintar um quadro com as profissões que trabalham no hospital, onde e como colocaria a psicologia?*

Camila: Em todo lugar [risos], em todos os lugares. Eu não, assim, e eu lembro que logo no início quando eu comecei a estudar sobre hospital, sobre saúde de uma forma geral, eu ficava me perguntando assim "mas o que que eu vou fazer ali?", sabe? Porque pra mim era desconhecido, eu achava que ali não era o ambiente pra psicologia e... ao longo do desenvolvimento pessoal e da própria prática, né, eu já dizia assim "gente, como que pode não ter psicólogo aqui?", né, em alguns lugares, em alguns contextos em que o psicólogo poderia intervir de uma forma pra preservar a saúde do outro. A saúde emocional, a saúde mental, a saúde global, de uma/ assim/ eu vi isso, também muito/ lembrando muito situações que eu vivi na emergência... né, em que não é o ambiente comum pro psicólogo, muitos colegas olham... estranho... olha... sei lá, perguntando o que que eu estava fazendo ali, né, e ao longo do dia a dia, ao longo dos desenvolvimentos das atividades foram percebendo e muitas vezes até requisitando a presença, não só minha como a dos outros colegas que não estava ali naquela área mas que sabiam que eram psicólogos e pediam que intervisse.

A teoria trouxe, para Camila, uma incógnita. Ao entrar na área, se lança ao desconhecido. Nessa fala, a PH não tem um lugar *a priori*, a prática que cava esse espaço no hospital e no imaginário da entrevistada. Espaço que também vem de um reconhecimento dos colegas. Essa necessidade de valorização e reconhecimento pelas outras profissões é um ponto comum nas entrevistas, assim como a necessidade de construção de espaço.

*Fabiane: Então, é... eu penso que ela já... já tem espaço físico, já... já existe, né, uma personalidade... uma **personalidade profissional**, tá, mas eu acredito que isso no Brasil, e **isso está sendo fortalecido**, é... por outros colegas da área, tá, tanto é que assim, né, sou membro da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar e... e sempre nos encontros, né, e percebo que... isto vem sendo muito estimulado, reforçado, né, e tem que continuar mesmo. Então **existe um espaço físico e dos fazeres**, né, existe também, é... **evidências científicas**, independente das abordagens psicológicas, eu não sou contra as abordagens, eu sou contra aqueles que se intitulam numa abordagem psicológica, né, eu sou contra esse tipo de profissional que se intitula e não estuda e não se aperfeiçoa, né, e não avança, né, e não consegue ter boas respostas, né, porque as nossas respostas, as boas ou as ruins, são aquelas que os pacientes nos entregam, nos dão, né, e aquelas que também são caladas, né, aquelas que são, que funcionam como... o silêncio barulhento, entendeu? Bom, mas eu acredito que existe esse espaço, essa personalidade criada, acredito que há profissionais competentes na área, acredito que... **ainda existe muito muito***

a se fazer.

Em um sentido mais amplo, Fabiane fala de uma construção de espaço para a PH. Ao falar de personalidade faz um paralelo entre sujeitos do fazer e práticas discursivas da área. Criar espaços para profissionais é criar espaços para a profissão. Cabe ao profissional se aperfeiçoar e, concomitantemente, à profissão construir evidências científicas. O espaço até já existe, mas há ainda muito a se fazer, porque não é dado e garantido, é construído e por isso tem que ser mantido, trabalhado, aumentado.

*Gabriele: Eu acho assim que, como eu disse, **o hospital é o lugar do médico e do enfermeiro**, né, então, acho que eles, é, estão... eles estão... na frente, assim, mas eu acho que todas as outras áreas elas estão já na sequência, a fisio, a fono, a psico, o serviço social, né, acho que até talvez assim como, às vezes, tentei imaginar assim, como se fosse, é... e/ a medicina e a enfermagem puxando, mas já na sequência todo mundo, só que ao mesmo tempo acho que não que a gente esteja atrás, mas que às vezes **a gente também tá dando sustentação pro trabalho** deles, né, é... não/ não atrás nesse sentido, mas até no sentido de às vezes/ não atrás no sentido de estar atrás, **mas talvez muitos momentos su/ é, ajudando a sustentar isso tudo**, porque... porque muitas vezes ele precisam sim da gente, do trabalho da equipe multi, mas eu acho que as equipes multiprofissionais são muito desvalorizadas dentro do hospital, até porque muitas pessoas não sabem as funções, isso eu não to falando só da psicologia, to falando do serviço social, da fono, né... Claro, acho que **cabe a nós**, né, mas eu acho que as pessoas **às vezes também tem uma visão muito... é... assim já sedimentada do que que é a psicologia**, e é muito difícil a/ baseadas na suas próprias histórias, né, e às vezes baseadas nas experiências que tiveram, e aí às vezes, eles acabam tendo uma visão errônea assim, do trabalho do psicólogo. Mas acho que **dentro do hospital a gente tem um lugar, um lugar que é diferente do lugar do médico e do enfermeiro, mas.... mas... mas é um lugar que existe**, mas é **um lugar também que tem que ser construído**, sabe, que não é um lugar assim que aí, eu venho e eu fico aqui dentro da minha sala esperando, não, eu acho que **eu tenho que também mostrar qual é o meu trabalho**. Inclusive ontem, assim, fiquei feliz, porque a gente acabou/ teve esse evento né, dos 7 anos de comemoração da neo e eu tava atenta assim, nas falas, assim, sabe. Quem tava falando, até daí a médica coordenadora da unidade... é... fez uma fala, assim, e... nessa fala dela ela incluiu, é algum/ a... a... a equipe multi e eu fiquei atenta, assim, sabe, e ela falou "a psicolo/" falou várias vezes, "a psicologia", e teve algumas outras, é... especialidades da equipe multiprofissional (quando eu falo equipe multiprofissional: fono, serviço social, fisio, psico e nutrição) que não foram citadas. Eu pensei "**bom, se ela falou da psico, e falou o nome 'psicologia' umas 3 vezes no discurso dela, é porque... porque é um lugar que foi construído**". Mas é... eu acho assim, eu preciso estar lá, eu preciso me mostrar, eu preciso participar das discussões, entende? Então acho que nesse sentido, e outras eu percebi que não foram citadas, né, então eu pensei assim "olha, acho que esse é um sinal que a psicologia tem um lugar [risos]"*

O lugar do médico e do enfermeiro é dado, o do psicólogo tem que ser construído. Para isso, é preciso (des)construir um discurso do que é psicologia. Sendo o hospital do médico, cavar um lugar no hospital é cavar um lugar no discurso da medicina. Há nas falas uma diferenciação *nós* e *eles*, que posiciona a PH ao lado das profissões não médicas que ficam a margem buscando um reconhecimento *deles*, os médicos. Há uma retração nesse extrato em relação ao papel das profissões multi (não médicas), que começa com “dando sustentação” e muda para “em muitos momentos ajudando a sustentar”, como quem tem receio de afirmar categoricamente sua importância.

A ideia apresentada que “é diferente, mas existe” traz a necessidade de afirmação para os outros e, talvez, para si mesma. A existência do lugar não é óbvia. Traz também a ideia de que “é preciso se mostrar”, pois o trabalho não aparece, não é visível ou notável de outra forma. É necessário se mostrar para ser reconhecido, e necessário ser reconhecido para se reconhecer nesse espaço.

*Eliane: Mas assim, eu vejo que **eles... solicitam... é... eles dão um lugar de importância da psicologia**, com certeza, é... mas é mais nesse sentido. Quando o paciente tá choroso, quando acontece uma situação de crise, aí eles recorrem a psicologia. Mas eu vejo que é uma construção também, **quando eu cheguei eu não era tão solicitada, hoje que eu já conquistei um lugar**, um espaço, um vínculo com essa equipe.*

*Ana: E eu acho que do ponto de vista da psicologia, eu vejo assim, pensando o meu trabalho aqui no hospital, eu vejo hoje um **reconhecimento**, então isso é muito satisfatório, assim. Quer dizer, eu comecei a 10 anos atrás, tinha uma... é... né, foi um **trabalho que foi sendo construído** e hoje assim, **as pessoas querem o trabalho da psicologia nas unidades**, quer dizer, hoje... sempre, nos lugares que a gente ia, a gente não tinha psicólogo nas UTIs, hoje assim o pessoal da equipe da UTI eles vão lá “não, a gente precisa que um psicólogo esteja aqui quando vai abrir um protocolo de morte encefálica, quando vai ter um...” sabe, várias situações que hoje já é entendida a importância da psicologia, então acho que isso também é muito satisfatório, você ver como isso foi sendo construído, né, e isso tem sido uma coisa bem bacana. Isso é uma coisa que eu, assim, que... que... que eu já passei aqui momentos de ter 2 psicólogas, hoje a gente tem 5, então você vê a coisa também, né, acontecendo. E acho que não só aqui, eu vejo que esse reconhecimento ele... ele... é... **as instituições hospitalares elas estão pedindo mais**, estão sentindo a necessidade, né, de ter psicólogo, então acho isso bem, bem legal.*

*Camila: E... e a questão da... **valorização no sentido do mercado de***

*trabalho, é muito difícil na área hospitalar, né. Psicólogo hospitalar ganha pouco sim, psicólogo hospitalar, pelo menos aqui na/ em Belém, tem ainda **um campo muito restrito de atuação**, né, é basicamente nos hospitais públicos, os hospitais particulares tem equipes muito pequenas e pagam muito pouco, então... é uma equipe que é muito ruim de trabalhar, no sentido que é muito, digamos assim, é muito trabalho pra pouca gente, então o desgaste é muito grande, né.*

Mas uma vez, ser solicitado é ser reconhecido. O lugar vem das solicitações. Há necessidade de cavar espaço nas instituições de modo particular e também de modo geral, no mercado. Para isso é necessário reconhecimento dos outros agentes. Ser solicitado é indicativo de reconhecimento da equipe e as contratações de reconhecimento institucional.

*Fabiane: Bom, enquanto... **enquanto professora**, eu penso, né, e **percebo que... eu ganhei... espaço**, confiança [pausa] espaço, confiança, segurança, credibilidade, apoio, né, e **por isso eu me autorizo**, né, a fazer intervenções **junto com os médicos** cirurgiões, né, nos hospitais, porque... isso, de qualquer maneira, né... isso/ isso ganha, né, na relação com eles, né, autonomia e... e eles se sentem mais à vontade, né, com os professores. Mas não, não sou o tipo de professora, como conheço outros colegas, né, que minimizam ou desvalorizam, né, os outros saberes, muito pelo contrário, né, muito pelo contrário. Se a ciência, se a nossa ciência, ela é muito jovem em relação a equipe médica, quando eu digo equipe médica eu to falando da... da ciência médica, da medicina, né, da enfermagem, então, esses são meus parceiros, né, e aí eu não tenho que ficar brigando por lugar, por espaço, por paciente, né.*

Fabiane conta que ganhou espaço ao se tornar professora, posição que, assim como o papel de supervisora de Dandara, supõe um saber, uma competência técnica. Foi também a maneira de ser, e se autorizar a ser colega dos outros profissionais, de se posicionar junto a eles. Parceria com medicina e enfermagem dá um lugar a ela, traz a ideia de que de outra forma teria de brigar e diminuí-los.

*Fabiane: Bom, ao longo da minha história posso dizer que enfrentei muitas dificuldades com equipe, equipe multi profissional, aliás, não da equipe, né, partindo da própria direção, né, dos hospitais, né, geralmente **quem ocupa esse local profissional administrativo sempre é médico**, né, ou um administrador, um sanitarista, mas é raro existir sanitarista, eu sou/ eu tenho também especialização em sanitarismo. Aliás, eu tenho... 7 especializações... um mestrado e um doutorado, e dos 7, né, a... a... da... tenho: hospitalar... e domiciliar, sanitarismo e administração hospitalar. Então confesso que essas minhas competências, né, atualmente elas assustam alguns administradores, porque de qualquer maneira, né, é... além de ser docente, né, e de ser uma pessoa estudiosa e de ser uma pessoa que público também, é, **os meus colegas geralmente eles ficam com um pé***

***meio atrás.** Quando eu digo com pé atrás, não que eles fiquem com pé atrás, mas é, é mais assim no sentido de, é... profissional que não seja médica ou médico, né, falando de variáveis, né, num contexto institucional de saúde, remetendo as políticas públicas de saúde e de educação. Então isso, no momento, eu percebo que há ainda dificuldade na relação, tá, quando eu levanto algumas questões, quando eu defendo alguns dos argumentos e... que... articulo com eles, né, em reuniões, articulo o que é teoria, o que é prática e o que é momento atual das políticas públicas voltadas à saúde e à educação. Atualmente uma das dificuldades é essa.*

A posição assumida por Fabiane assusta os outros agentes, foge ao esperado do lugar da psicologia. O lugar administrativo nos hospitais é reservado aos médicos. Em sua mudança de abordagem, se aproxima do lugar da medicina, onde não é reconhecida.

O lugar da PH, para a equipe e para as próprias psicólogas, se configura de maneira muitas vezes ambígua.

Dandara: Todo dia de manhã quando eu chegava, tinha um neurocirurgião que me recebia “Dandara”, é... “doutora Dandara” que ele me chamava, “a psicologia é uma profissão que com ela ou sem ela, uma disciplina, a vida continua como é” [risos]. E por aí eu ia afora, ia assistir/ atender os doentes, os pacientes e tal. Participar de sessão clínica, né, uma sexta-feira, em geral era sexta-feira. E nesse mesmo dia, recebida dessa maneira, todo dia ele me recebia assim, era um médico lá... é... na sessão clínica, o chefe do serviço era super encantado com a psicologia e fazia mil perguntas, a gente discutia os casos clínicos. Rapidamente falando isso foi uma das últimas experiências, assim, né, de... de hospital num dia de trabalho.

*Ana: a gente passa vendo quais pais que estão presentes pra fazer esse acompanhamento, em algumas situações **acompanha** a comunicação médica, então assim, **a gente passa** a informação, muitos casos que você já está acompanhando ou algumas situações que você sabe que é mais grave, **vai dar/ vai ser dada** a notícia ali de, enfim, de uma piora ou qualquer coisa assim, pra você poder estar junto tanto na questão dessa **mediação**, quanto a questão do suporte, né, e daí tem outras atividades aí da rotina, porque eu sou coordenadora do serviço, né, então...*

O lugar de Dandara era ambíguo, com diferentes reconhecimentos. Por um lado, era apontado como cosmético e inócuo, por outro, como encantador. Operavam ao mesmo tempo diferentes imagens da PH.

Ana traz diferentes posicionamentos em sua fala, muda de “vai dar” (voz ativa) para “vai ser dada” (voz passiva), de “a gente passa” (psicóloga ativa, dando a notícia junto) para “estar junto” e “mediação” (psicóloga adjacente a equipe). Se em alguns

momentos as psicólogas se posicionam ao lado da equipe multiprofissional, em outros se colocam de fora, como mediadores.

Outro ponto de convergência é o posicionamento ao lado do paciente, em oposição à equipe.

*Fabiane: Então no início da minha atuação, vamos dizer assim, essa primeira etapa inicial com a etapa atual da minha vida, a satisfação em trabalhar com esses pacientes é que de alguma maneira eles estão ainda vivos, né, podem ter uma doença que incapacita, que imobiliza, né, e... e que pode levar até a morte, mas enquanto estiverem vivos eu percebo que eu ajudo, eu percebo que eu... **eu participo de forma ativa, né, junto com ele, junto com ele, né.** Então isso aí me traz satisfação.*

*Ana: você se colocar na equipe, de **colocar tua visão**, né, quer dizer dentro da perspectiva da psicologia, **a visão daquele paciente**, né, entender um pouco do trabalho dessas outras pessoas da equipe. E assim, e as vezes a gente tem que estar assim, não sei assim, as vezes eu vejo que **a gente acaba meio que “brigando”** [desenha aspas com as mãos] pelo paciente, então assim, colocando “olha, ele está com essa dificuldade, está acontecendo tal coisa”.*

Fabiane e Ana colocam a psicologia como tendo uma participação ativa, que se posiciona ao lado do paciente para trabalhar com a vida que há na doença, levando o olhar do paciente (produzido pelo psicólogo) para a equipe.

Os pacientes e familiares são posicionados, nos discursos, como clientela, em quem a PH encontra seu objeto e objetivos - questões emocionais a serem reintegradas nas práticas discursivas assépticas, objetivas e orgânicas do hospital. A equipe, como público, para quem o trabalho tem de ficar visível, a fim de alcançar os objetivos e estabelecer o lugar da PH nas instituições e no mercado. Trata-se quase de um não-lugar, pois é desconhecido e ambíguo, não é dado e tem de ser construído no imaginário da equipe e das próprias psicólogas.

5. Capítulo IV - Discussão

Existem momentos na vida onde a questão de saber se podemos pensar diferente do que pensamos, e perceber diferente do que vemos, é indispensável para continuar olhando ou refletindo.

Foucault

Nesse momento, apresentaremos uma síntese de algumas questões da análise, onde poderemos retomar pontos fundamentais e mostrar relações que não ficaram evidentes no capítulo anterior devido a separação de temas. Concomitantemente, buscaremos uma discussão efetiva com outras produções sobre o tema (entre textos que levantamos nos capítulos iniciais e outros que se mostrarem pertinentes), bem como com questões da nossa estratégia de pensamento.

Dentre as questões e relações que encontramos, temos: i) as condições de formação discursiva, presente nos conceitos e na clientela e objeto, onde é possível perceber a heterogeneidade dos discursos, nos entrelaçamentos dos discursos de instâncias de aprendizagem (graduação, cursos, grupos de discussão) e de outros agentes do hospital; ii) a dificuldade de se montar uma cena genérica da PH, que nos conceitos e nos limites com outras áreas, aparece como uma adaptação (variada) da cena genérica da psicologia: o consultório; iii) as entrevistas produzindo cortes naturalizações: ao analisarmos o conceito de PH, a diferença pra outras áreas e o objeto e clientela, vemos dúvidas e reflexões sobre questões apresentadas como naturalizadas no início (o conceito de PH é óbvio, mas não se consegue explicar; a diferença é óbvia, mas não quais; o objeto é evidente, mas questionável...); iv)

ambiguidades em relação à equipe, e consequentemente, posicionamento ambíguo da própria psicologia no hospital.

No início desta pesquisa, ao mapear discursos sobre a PH na literatura, encontramos conceitos bem marcados. A necessidade de posicionar a PH como um desdobramento da clínica, uma área da saúde ou uma especialidade diferenciada é defendida com argumentos veementes.

Com exceção da entrevista de Fabiane (que posiciona a PH na saúde e considera outras posições equivocadas), as demais entrevistas tinham conceitos ambíguos e polimorfos. Nelas, a PH é simultaneamente clínica e da saúde, ao mesmo tempo que validam o discurso do CFP de especialidade. Diferenciar como especialidade ou como clínica parece carregar o perigo de isolamento, de entender o paciente ou o próprio hospital de maneira isolada. Enquanto colocá-lo somente como da saúde seria aparentemente insuficiente, como se abandonasse o raciocínio clínico.

Possivelmente, na tentativa de evitar essas lacunas imaginadas, as posições das entrevistadas são apresentadas de maneiras relativizada: clínica porém com enredamentos da saúde, da saúde porém com olhar clínico, especialidade porém inserida na rede.

Podemos hipotetizar que isso ocorre, novamente, pela heterogeneidade dos discursos. A polifonia nas entrevistas se dá pelo eco de discursos das formações acadêmicas e de outros agentes institucionais, conforme levantado na análise, mas também pelo discurso da comunidade científica. Ou seja, o posicionamento ambíguo da PH nas entrevistas não se dá por um distanciamento da teoria, mas sim, por um atravessamento dela, formando uma amálgama de argumentos opostos. Não se assume um conceito tal qual os apresentados na revisão de literatura (novamente:

com excessão do discurso de Fabiane), mas assume-se vários, e vai se relativizando e ponderando essas várias vozes.

Concomitante à essa dificuldade em posicionar a PH como área, temos o difícil posicionamento da psicologia no hospital. Quando falamos na análise sobre o lugar da psicologia, estávamos (sempre!) nos referenciando a um conceito caro à nossa escolha metodológica. Diferente dos “lugares” pesquisados pelas psicologias sociais ou pela psicanálise lacaniana, aqui falamos de um “lugar no discurso”, uma relação que se constitui num intercontexto (Guirado e Lerner, 2007).

No breve resgate histórico que fizemos com base na maneira que o hospital se constitui, vimos se configurar, basicamente, dois lugares para a psicologia: o de adequação dos pacientes ao tratamento e o de terapeuta de questões afetivas excluídas do tratamento físico. Nas entrevistas, questões reconhecidas como de saúde mental (transtornos mentais, tentativas de suicídio e dependência química) eram entendidas como objetos da PH, tanto pela equipe quanto pelas próprias psicólogas (chegavam por solicitação ou eram critérios para busca ativa). Havia também questões disciplinares, de adequação ao lugar de paciente, e de gravidade físico-psicológica nas solicitações feitas à psicologia.

Essas solicitações mostram uma imagem prévia incorporada pela equipe, que traça um prognóstico de risco emocional e avalia a pertinência da intervenção psicológica a partir desses delineamentos - novamente: saúde mental, disciplina e gravidade. Guirado (2009) aponta o lugar institucional ocupado, de onde o profissional será visto e reconhecido pelos agentes institucionais e clientela bem como se reconhecerá e reconhecerá os outros em seu fazer, como importante fator a considerar quando o psicólogo adentra uma instituição que não o consultório. Lugar

que pode se mover à medida que o trabalho se exerce, a partir de um pensar as direções de suas ações e a de seus parceiros (Guirado, 2009).

As entrevistadas passam as solicitações pelo próprio crivo, legitimando ou não os pedidos (e, conseqüentemente, as imagens da PH), transformando ou não as demandas da equipe em demandas para a PH. Em alguns momentos, se colocam distantes, mediando e intervindo em ações e relações. Entretanto, de maneira geral a equipe não é legitimada como clientela, suas questões são entendidas como do âmbito organizacional. Paciente e organização são concebidos numa relação de exterioridade um com o outro e, por isso, legitima-se a necessidade de intervenções diferenciadas: paciente - clínica; grupos e rotina de trabalho - organizacional. “Institucional” é trazido nas entrevistas como sinônimo de organizacional.

A insuficiência das teorias aprendidas é queixa recorrente das entrevistadas, o que encontra ressonância na literatura. Para Ribeiro e Dacal (2012), há uma herança do modelo flexneriano sob os projetos pedagógicos das formações em saúde na formação em psicologia. Os autores discutem a necessidade de reorientar o enfoque centrado nos processos de individualização e no modelo médico-curativo para uma perspectiva mais ampla e coletiva, em que o processo saúde-doença também seja compreendido a partir dos registros do social, do econômico e do político, ademais do psicológico.

Guareschi e cols. (2011), ao analisarem os currículos dos cursos de psicologia do Rio Grande do Sul, percebem que o paradigma que transversaliza o ensino é o da psicopatologia. É para as patologias e doenças que o olhar está direcionado desde os fundamentos teóricos até as técnicas de avaliação e terapia. Essa perspectiva leva a um estranhamento do profissional que adentra áreas da saúde como o hospital,

uma vez que a atuação esperada neste contexto engloba a promoção de saúde para além da linearidade diagnóstico-técnica-tratamento.

No capítulo anterior, vimos que as entrevistadas formavam várias cenas enunciativas da PH, mas não pudemos identificar uma cena genérica. Isto porque a PH aparece como uma “adaptação” (palavra exaustiva nas entrevistas) da psicologia e carrega, portanto, a cena genérica da psicologia: o psicólogo que recebe o paciente no consultório. Dificilmente se fala de uma adaptação da psicologia à clínica, esse termo é reservado a atuação “extramuros”.

Encontramos na literatura apontamentos sobre a necessidade de melhor qualificar e preparar os profissionais de psicologia e das demais áreas para uma atuação integrada e interdisciplinar (Schmidt, Gabarra e Gonçalves, 2011). Dificuldade também vivida pelas entrevistadas, que citaram a dificuldade trabalhar em equipe e a falta de um instrumental teórico para isso.

Isso pode estar relacionado também, além das lacunas na formação, ao objeto da PH: questões emocionais do adoecimento. As tais questões são dos pacientes e familiares, a equipe é excluída da clientela, embora às vezes demande esse lugar. Parece faltar estratégias para entender e intervir com os demais profissionais de saúde, com seus enfrentamentos dos casos vividos bem como suas relações com os pacientes. Essa estratégia faltante poderia ser a clínica de Balint, ou a psicologia institucional, podendo passar pelas obras de Pichon-Riviere (1996), Bleger (1984; 2001), Lapassade (1977), Loureau (1975), ou Foucault, (1979; 1987), que influenciou, sobretudo, a perspectiva de Guirado (2009).

Ademais, ao excluir a equipe do lugar de clientela, exclui-se a própria instituição, pois deixa-se de olhar a relação entre seus atores. Assim como, exclui-se o olhar para

a instituição concreta, a fim de não invadir o objeto da psicologia organizacional que eventualmente atua no hospital.

A estratégia de pensamento de Guirado, especialmente, desconstrói essa diferenciação entre instituição e sujeitos que opera na fala das entrevistadas. Temos um sujeito que só se pode dizer psíquico porque institucional ou matriciado nas relações institucionais (Guirado, 2010). O objeto da psicologia passaria a ser as relações, de modo que, frente a uma solicitação, o psicólogo hospitalar não iria distinguir ou escolher atuar na demanda da equipe solicitante ou no paciente ou familiar, mas entenderia que a demanda está nessa relação, e é nela que se atuaria.

Nesse modo de pensar, olhar para a instituição não é um desvio do objetivo. Analisar a instituição é importante para analisar a clientela, entender as condições de produção dos discursos dos pacientes e familiares, que só são possíveis ali, se configuram nesse lugar. Deste modo, a psicologia institucional não é considerada uma área a parte, mas uma estratégia de pensamento, e a ação passa a ser institucional se essa for a perspectiva do trabalho (Guirado, 2009).

Nessa opção metodológica, passam-se a considerar os enlaçamentos texto/contexto, os efeitos de reconhecimento/desconhecimento das relações institucionais, os lugares e a sobreposição de lugares, o peso das naturalizações e legitimações (Guirado, 2009). Pois os agentes institucionais da PH - sejam os próprios profissionais, a sua clientela (os pacientes e seus familiares) ou mesmo seu público - não são exteriores ao quadro discursivo do hospital, ao contrário, esses “seres” só são possíveis nesse quadro. Como pudemos observar nas entrevistas, o reconhecimento do lugar conquistado se dá ao existir no discurso do outro.

Focamos nossa análise nas práticas institucionais legitimadas no discurso das entrevistadas, consoante à nossa pergunta de pesquisa, sem nos determos tanto na subjetividade das mesmas que também se configurava aí (embora isso tenha aparecido em alguns momentos, visto que uma separação total não seria rigorosa ou mesmo possível). Entretanto, levando em conta o matriciamento institucional da subjetividade (Guirado, 2010), podemos perceber uma configuração da figura dos pacientes nas falas. Apesar de definir seu fazer como acolhimento e escuta, o psicólogo hospitalar não é um receptor passivo das subjetividades que os pacientes trazem ao hospital, ele também, assim como a medicina, a enfermagem, os demais profissionais, as configura.

Por fim, lembramos que instituições são relações sociais que se repetem e, nessa repetição, se legitimam e naturalizam. O conceito e o lugar da PH é, para as entrevistadas difícil de definir, algo que está naturalizado no fazer cotidiano, nas relações. Essa construção se dá pela via discursiva, motivo pelo qual, buscamos mapear a PH nos discursos de suas agentes, pois, retomando Foucault (1996) “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.”

6. Considerações Finais.

Concretizar um saber é tarefa vagarosa. Pressupõe os desejos dos resultados, o preparo do campo, o plantio das sementes, o cuidado com o crescimento, a colheita segura, a tranquilidade de recomeçar e aperfeiçoar.

Chiattonne

Neste trabalho, buscamos levantar e analisar os discursos que configuram algumas concepções sobre psicologia hospitalar. Esperamos ter contribuído para um melhor entendimento da área e, principalmente, para uma maior reflexão. Sem esquecer que esse estudo não se pretende de totalidade, mas sim, parte declaradamente de um recorte teórico-metodológico definido.

A Análise Institucional do Discurso mostrou-se um método fecundo à investigação que nos propusemos. Com a proposta de ficar atenta à superfície mesma do discurso, às práticas e relações sociais tal qual imaginadas por aqueles que as fazem (Guirado, 2010), traçamos paulatinamente os elementos que constituíam a relação que as psicólogas desenvolvem com seu trabalho. Por vezes as afirmações analíticas nos pareciam até certo ponto óbvias, dado a fidelidade ao que se mostrava pelo discurso, acompanhando-o em sua concretude opaca – e não transparente (Guirado, 2010), porém, mais do que uma observação do que foi dito, trata-se de uma investigação fundada numa estratégia para conhecer aquilo que se nos apresentava, um jeito específico de conceber as relações.

Almejamos, com isso, ter produzido alguns cortes que fazem pensar nos discursos vigentes sobre a PH. Mais do que trazer respostas, buscamos levantar questionamentos: qual seria o objeto de monopólio mais adequado para a PH? Como construir uma psicologia para o trabalho em equipe? As inquietações que trouxeram

a pesquisadora à esse tema não foram totalmente resolvidas (ainda bem!), mas as perguntas foram lapidadas e o olhar para essa institucionalização nos discursos se tornou mais apurado.

O recorte que nos permitiu avançar é também o que nos limita. O trabalho que produzimos diz respeito a esse olhar e corpus discursivo específico. As possibilidades de investigação subsequente residem i) na ampliação dessa dimensão positiva: levantar o discurso de mais psicólogos ou de mais agentes institucionais, incluindo o discurso pacientes, familiares ou outros do hospital sobre o trabalho da PH; ii) em assumir algumas questões levantadas nessa pesquisa como pressupostos para a partir deles fazer novas perguntas, mais afinadas; iii) em agrupar os discursos para identificar eventuais diferenças: percebemos algumas diferenças por tempo de formação, ampliando esse corpus será que isso se manteria? Encontraríamos diferenças por região de formação ou atuação?

Percebemos que de algum modo nossa análise adensou a complexidade das questões levantadas na literatura até então, ao voltarmos o olhar das reflexões teóricas e das pesquisas quantitativas para a PH que se produz nos discursos pudemos esboçar uma linha argumentativa diferenciada das que encontramos. Isso por si só, a nosso ver, vem a contribuir com estudos que tenham como alvo de investigação do trabalho de psicólogos nas instituições hospitalares e/ou saúde, relações da psicologia com outras profissões e/ou hospital como um todo, bem como a relação com a clientela da instituição hospitalar.

7. Referências Bibliográficas.

- Albuquerque, J. A. G. (1978). *Metáforas da Desordem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Albuquerque, J. A. G. (1986). *Instituição e poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições*. 2 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Almeida, F. F., Cantal, C., & Costa Junior, A. L. (2008). Prontuário psicológico orientado para o problema: um modelo em construção. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2), 430-442.
- Almeida, R. A. & Malagris, L. E. N. (2015). Psicólogo da Saúde no Hospital Geral: um Estudo sobre a Atividade e a Formação do Psicólogo Hospitalar no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 754-767
- Angerami-Camon, V. (Org.). (2003). *A psicologia no hospital* (2a. ed.). São Paulo: Thomson – Pioneira.
- Avellar, L. Z. (2011). Atuação do psicólogo nos hospitais da Grande Vitória/ES: uma descrição. *Psicologia em Estudo*, 16(3), 491-502.
- Azevêdo, A. V. S. & Santos, A. F. T. (2011). Intervenção psicológica no acompanhamento hospitalar de uma criança queimada. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 328-339.
- Ballint, M. (1975). *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu.
- Barbosa, R. F., Duarte, C. A. M. & Santos, L. P. (2012). Psicossomática, gestação e diabetes: um estudo de caso. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(2), 472-483.
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bleger, J. (2001). *Temas de Psicologia: Entrevistas e Grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil. (1977). *Conceitos e definições em saúde*. Portaria n. 30 – Bsb, de 11 de fevereiro de 1977. Ministério da Saúde. Brasília.
- Cairo, N. G. (2013). *Psicologia no Paraná: profissão no estado e a trajetória do CRP-PR*. Curitiba: Conselho Regional de Psicologia, 2013. 172 p.: il.
- Carvalho, D. B., Santana, J. M. & Santana, V. M. (2009). Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 172-183.

- Carvalho, D. B. (2013). Psicologia da saúde crítica no contexto hospitalar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 350-365.
- Casetto, S. J. (2007). Psicossomática e Instituição Hospitalar. In: Ferraz, F.C.; Volich, R. M. *Psicossoma I: psicanálise e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Castro, E. K.; Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24 (3), 48-57
- Cavichiolo, I. G. (2015). *Insuficiência Cardíaca: uma análise institucional do discurso*. Monografia não publicada. São Paulo: Unifesp.
- CFP – Conselho Federal de Psicologia (2014). *Página oficial da Instituição*. www.pol.org.br (em 14/09/2014).
- Chiattonne, H. (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In V. A. Angerami-Camon (Org.). *Psicologia da saúde – um novo significado para a prática clínica* (pp.73-165). São Paulo: Pioneira.
- Coelho, R. L. (2013). *Trabalho e Subjetividade no Contexto Hospitalar: análise institucional do discurso produzido em grupo com profissionais de enfermagem da pediatria*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Cohen, R. H. P. & Melo, A. G. S. (2010). Entre o hospital e a escola: o cancer em crianças. *Estilos da Clínica*, 15(2), 306-325.
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [citado 2014 Mar 11]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 04 jan. 2014.
- Doca, F. N. P. & Costa Junior, A. L. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 17(37), 167-179.
- Ferreira, A. L. (2005). O múltiplo surgimento do psicologia. In: Jacó-Vilela, A.M.; Ferreira, A.A.L. & Portugal, F.T. *História da Psicologia: rumos e percursos*. Rio de Janeiro, NAU. Cap.1. p. 13-46.
- Figueiredo, L. C. (1992). Convergências e Divergências: a questão das correntes de pensamento em psicologia. *Transinformação*, 4 (1,2,3): 15-26, jan/dez.
- Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(1), 29-43.

- Foucault, M. (1974). O Nascimento do Hospital. In: Yazbek, A. C. *10 Lições sobre Foucault*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e Punir - Nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1990). *História da sexualidade 1: vontade de saber*. (10a ed.) Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. Sujeito e Poder (1995). In Yazbek, A. C. *10 Lições sobre Foucault*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
- Foucault, M. (1996). *A Ordem do Discurso*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1997). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freitas, C. R. & Moretto, C. C. (2014). Psicologia da saúde: o acolhimento humanizado na sala de observação de uma unidade pré-hospitalar. *Revista da SPAGESP*, 15(2), 77-93
- Galvão, L. F. & Serrano, C. E. G. (2007). Análise de Discurso, Leitura Institucional: um método. In: Guirado, M. & Lerner, R. *Psicologia, pesquisa e clínica: por uma análise institucional do discurso*. São Paulo: Annablume, Fapesp.
- Gorayeb, R. (2010). Psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 115-122.
- Guareschi, N. M. F., Reis, C., Dhein, G., Bennemann, T., & Marchy, D. S. (2011). A avaliação psicológica, psicopatologia e as psicoterapias na formação do profissional de saúde para o SUS: um estudo dos currículos dos cursos de Psicologia. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(1), 171-204.
- Guirado, M. (2000). *A clínica psicanalítica na sombra do discurso: diálogos com aulas de Dominique Maingueneau*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guirado, M. [1986] (2004) *Instituição e Relações Afetivas: o vínculo com o abandono*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guirado, M. (2009). Psicologia Institucional: o exercício da psicologia como instituição. *Interação em Psicologia*, 13(2), p. 323-333
- Guirado, M. (2010). *Análise Institucional do discurso como analítica da subjetividade*. São Paulo: Annablume.
- Guirado, M. & Lerner, R. (2007). *Psicologia, pesquisa e clínica: por uma análise institucional do discurso*. São Paulo: Annablume, Fapesp.

- Lapassade, G. (1977). *Grupos, Organizações e Instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Lazzaretti, C. T. et al (2007) *Manual de psicologia hospitalar*. – Curitiba : Unificado.
- Lima, F. A., Amazonas, M. C. L. A., Barreto, C. L. B. T., & Menezes, W. N. (2013). Sons and daughters with a parent hospitalized in an Intensive Care Unit. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 30(2), 199-209.
- Lourau, R. (1975). *A Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes.
- Maia, M. V. C. M. & Pinheiro, N. N. B (2011). Um psicanalista fazendo outra coisa: reflexões sobre setting na psicanálise ext. *Psicol. cienc. prof.* [online]. vol.31, n.3
- Melo, C.B. (2015). História da Psicologia e a inserção do psicólogo no hospital. In: Nogueira, E. L.; Miranda, E.M.F.; Santos, L.C. (orgs) *Psicologia, Saúde e Hospital: contribuições para a prática profissional*. Belo Horizonte: Ed. Artesã. Cap.1. p. 19-30.
- Merhy, E.E., (2000). *Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde*. São Paulo: Cadernos CINAEM Fase III.
- Miller, J. A. (2001). Um Real para a Psicanálise. *Revista Opção Lacaniana*, 32. Dezembro.
- Ministério da Saúde (1965). *História e evolução dos hospitais*. Departamento Nacional de Saúde, divisão de organização hospitalar - Brasília, DF.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. (2010). Cadernos Humaniza SUS, volume 1: formação e intervenção. Brasília, DF: autor.
- More, C. L. O., Crepaldi, M. A., Gonçalves, J. R. & Menezes, M. (2009). Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 465-473.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nascimento, G. B. & Henriques, R. S. P. (2015). A exclusão do sujeito das práticas médicas em contexto hospitalar. *Revista da SPAGESP*, 16(2), 120-135.
- Nogueira, G. S., & Seidl, E. M. F. (2016). Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas com HIV/Aids. *Temas em Psicologia*, 24(2), 595-608.
- Ortiz, M. C. M. (2003). *O Lugar da Mãe no Tratamento do Câncer Infantil*. São Paulo: Arte&Ciência.

- Ortiz, M. C. M. (2007). *Voluntariado em hospitais: uma análise institucional da subjetividade*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Pereira, L. (2002). A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. *Sociologias* (UFRGS), Porto Alegre, 1(1), 82-120.
- Pichon-Rivière, E. (1996). *O Processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pinheiro, N. N. B. (2002). Enlaces transferenciais: reflexões sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. *Psicol. cienc. prof.* [online]. vol.22, n.2, pp.42-49
- CFP (2000) Resolução nº 14 de 20/12/2000 Conselho Federal de Psicologia (D.O.U. 20/12/2000)
- CFP (2007) Resolução nº 13 de 14/09/2007 Conselho Federal de Psicologia (D.O.U. 19/09/2007)
- Ribeiro, C. R. (2007). Sujeito-Dobradiça: metáfora de subjetividade, metonímia institucional. In: Guirado, M.; Lerner, R. *Psicologia, pesquisa e clínica: por uma análise institucional do discurso*. São Paulo: Annablume, Fapesp.
- Ribeiro, J. C. S. & Dacal, M. D. P. O. (2012). A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. *Revista da SBPH*, 15(2), 65-84.
- Santos, F. M. S. & Jacó-Vilela, A. M. (2009). O psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 19(43), 189-197.
- Sato, A. M. (2015) *Análise institucional do discurso de pacientes portadores de dispositivos cardíacos implantáveis*. Monografia não publicada. São Paulo: Unifesp.
- SBPH - Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. *Página Oficial da Instituição* www.sbph.org.br (19/12/2014).
- Schmidt, B., Gabarra, L. M. & Gonçalves, J. R. (2011). Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 21(50), 423-430.
- Schultz, D.P.; Schultz, S.E. (2007) *História da Psicologia Moderna*. São Paulo: Thomson Learning. 4a. reimpressão da 1a. edição de 2005.
- Sebastiani, R. W. (2007). Psicologia da saúde: uma especialidade dedicada ao cuidado humano. In F. F. Bortoletti, A. F. Moron, J. Bortoletti Filho, M. U. Nakamura, R. M. Santana & R. Mattar (Orgs.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (pp.1-13). Barueri, SP: Manole.

- Sebastiani, R. W. (2003). *Psicologia da Saúde no Brasil: 50 Anos de História*. <http://www.nemeton.com.br/> (24/08/2014).
- Sette, C. P. & Gradwohl, S. M. O. (2014). Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. *Revista de Psicologia da UNESP* 13(2)
- Silva, M. K. & Ulhôa, A. P. (2015). A Construção do Caso Clínico na Prática Hospitalar: algumas Reflexões Sobre Luto e Toxicomania. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 503-514.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Speroni, A. V. (2006). O lugar da psicologia no hospital geral. *Revista da SBPH*, 9(2), 83-97.
- Steffen, B. C. & Castoldi, L. (2006). Sobrevivendo à tempestade: a influência do tratamento oncológico de um filho na dinâmica conjugal. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(3), 406-425.
- Torezan, Z. C. F. & Rosa, A. C. (2003) Escuta analítica no hospital geral: : implicações com o desejo do analista. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 23, n. 2, p. 84-91, Junho.
- Torezan, Z. F., Calheiros, T. C., Mandelli, J. P., & Stumpf, V. M. (2013). A graduação em Psicologia prepara para o trabalho no hospital?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 132-145.
- Veiga, L. G. C. W. (2006) *Interpretação e Transferência Como Instituintes da Clínica Psicanalítica*. Dissertação de Mestrado: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Viaro, R. V., & Valore, L. A. (2011). Método, análise e verdade em Psicologia: sobre uma análise institucional do discurso. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(4), 718-733.
- Yanamoto, O. H.; Trindade, L. C. B. & Oliveira, I. F. (2002). O Psicólogo em Hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, v. 13, n. 1, pp. 217-246.
- Yazbek, A. C. *10 Lições sobre Foucault*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

8. Anexos.

8.1. Anexo A – Roteiro de Entrevista

Dados pessoais

Nome Completo:

Sexo:

Idade:

Formação:

Quanto tempo trabalha(ou) em hospital?

Como se deu sua entrada nessa área?

Trabalhou em outra área além da hospitalar? Que diferenças identifica?

O que é Psicologia Hospitalar?

Como é o seu dia no hospital?

O que é mais difícil? E mais satisfatório?

Pra quem você presta assistência?

Se tivesse que pintar um quadro com as profissões que trabalham no hospital, onde e como colocaria a psicologia

8.2 Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nós, Ilana Goretti Cavichiolo e Dra. Luciana Albanese Valore, respectivamente, mestrande e orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o(a) Senhor(a), psicólogo(a) hospitalar, a participar de um estudo intitulado “Psicologia Hospitalar: Uma Análise Institucional do Discurso”. Pesquisa importante para levantar os diferentes discursos que configuram essa área, visando uma maior integração.

- a) O objetivo desta pesquisa é investigar como a psicologia hospitalar se configura nos discursos que instituem tal área de atuação, identificando os princípios e ideais que lhe dão sustentação.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário sua participação na entrevista, com duração de aproximadamente 30 minutos, e seu consentimento para a gravação das mesmas. O material gravado será transcrito e analisado. Tanto as transcrições quanto as gravações serão mantidas em sigilo sob posse deste pesquisador.
- c) Para tanto você deverá comparecer no Centro de Estudos e Assessoria em Pesquisa e Educação (CEAPPE) na Rua XV de Novembro, 1299 - Centro, Curitiba – PR para entrevista o que levará aproximadamente 30 minutos.
- d) É possível que o(a) senhor(a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimento.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser constrangimento e cansaço.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são maior clareza e integração dos discursos da área de psicologia hospitalar. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- g) As pesquisadoras Ilana e Luciana responsáveis por este estudo poderão ser localizadas nos emails ilana.cavichiolo@gmail.com, no tel (41)3360-5000 e no CEAPPE no horário das 14h as 18h para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (grupo de pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.
- j) O material obtido – gravações – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será ao término do estudo, dentro de 2 anos.

- k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como transporte, são de sua responsabilidade e o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]